



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na
Promoção da Cultura de Segurança dos
Contextos de Saúde: Identificação de riscos e
promoção de estratégias preventivas de eventos
adversos**

Gonçalo André Gonçalves Rodrigues

Orientação: Professor António Casa Nova

Coorientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na
Promoção da Cultura de Segurança dos
Contextos de Saúde: Identificação de riscos e
promoção de estratégias preventivas de eventos
adversos**

Gonçalo André Gonçalves Rodrigues

Orientação: Professor António Casa Nova

Coorientação: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



“Errare humanum est, perseverare autem diabolicum”

Lucius Annaeus Seneca, 4 a.C - 65 d.C

AGRADECIMENTOS

Todo este percurso não teria sido possível sem o apoio de algumas pessoas e como tal, quero expressar o meu agradecimento a todos os que contribuíram para que eu pudesse encarar todos os desafios com perseverança.

Ao Marco, Marlene, Adriana, Ricardo, Sara e João por todo o apoio que me deram durante este percurso e por todas as palavras de incentivo que me tornaram mais determinado em alcançar este objetivo.

Aos meus pais, por terem sempre uma palavra de carinho e pelo apoio incondicional que me dão.

À Ana Brito, por ter partilhado este percurso comigo e por me ter ajudado em alguns momentos difíceis do mesmo.

Ao Professor António Casa Nova e à Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, por me terem guiado ao longo dos estágios em contextos clínicos e por terem sido uma referência, sempre presentes e facilitadores de todo o meu percurso, procurando proporcionar-me uma experiência sempre mais positiva e pedagógica.

À Enfermeira Leonor Monteiro, que desempenha funções de chefia no meu local de trabalho, e que se mostrou sempre disponível para me ajudar ao longo do tempo em que decorreu o curso.

À minha equipa do serviço de Neurocirurgia, pelo apoio e por terem sido sempre disponíveis para ouvir os meus desabafos.

A todos os profissionais, crianças/jovens e famílias, que me proporcionaram momentos únicos de aprendizagem e assim me permitiram o desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

Enquadramento: A segurança em contextos de saúde associa-se de forma inquestionável à qualidade em saúde. Os cuidados devem ser prestados de acordo com ambas as premissas, com a clara noção de que as crianças são uma população de particular atenção, pois para além de serem mais frágeis, requerem respostas adequadas às suas especificidades, o que exige uma constante adaptação dos profissionais. A implementação de estratégias preventivas de eventos adversos em Pediatria é assim fundamental.

Objetivo: Evidenciar a aquisição de competências a partir do percurso realizado.

Metodologia: Implementação de um projeto de intervenção com o objetivo de promover a cultura de segurança infantil nos contextos.

Resultados: Foram identificados riscos para a segurança infantil, sobretudo relativos aos processos de gestão medicamentosa.

Conclusão: A implementação de estratégias preventivas de eventos adversos é crucial para a identificação dos riscos de cada contexto, permitindo assim que os cuidados prestados às crianças sejam de maior qualidade.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Segurança Infantil, Qualidade em Saúde

ABSTRACT

Background: Safety in Health contexts is unquestionably associated with Quality of Health Care. Both premises should be respected in care delivery, with the clear notion that children are a population of attention and particular needs, because they're more fragile and require adequate responses to their specificities, which therefore requires a constant adaptation of the professionals. To implement strategies to prevent adverse events is essential.

Objective: To demonstrate the competences development during the course.

Methodology: Implementation of an intervention project with the objective of promoting a culture of child safety in health contexts.

Results: Risks have been identified, particularly regarding drug management processes.

Conclusion: The implementation of preventive strategies for adverse events is crucial for identifying the risks of each context, thus allowing the care provided to children to be of higher quality.

Key-Words: Pediatrics Nurse, Child Safety, Quality of Health Care

ÍNDICE DE APÊNDICES | ANEXOS

APÊNDICES	XCVIII
Apêndice I – Slides de apresentação e objetivos, do projeto desenvolvido ao nível do estágio realizado em Cuidados de Saúde Primários	XCIX
Apêndice II – Folheto sobre Notificação de Eventos Adversos em Saúde Infantil e Pediatria	CII
Apêndice III – Pedido de autorização para a implementação de duas atividades no âmbito do Projeto de Intervenção e utilização dos dados resultantes	CIV
Apêndice IV – Documento explicativo da atividade “Safebox: Partilhar para Melhorar” ..	CVIII
Apêndice V – Minuta relativa à notificação a realizar no âmbito da atividade “Safebox: Partilhar para Melhorar”	CX
Apêndice VI – Grelha de observação para realização de auditoria.....	CXII
Apêndice VII – Resumo do artigo científico realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final sobre o tema referente ao projeto.....	CXIV
Apêndice VIII – Diapositivos referentes ao projeto realizado no âmbito do Módulo C da Unidade Curricular de Estágio Final.....	CXVI
ANEXOS	CXXI
Anexo I – Notificação realizada no âmbito do estágio realizado em Cuidados de Saúde Primários: Unidade Curricular Estágio I	CXXII
Anexo II – Notificação realizada no âmbito do estágio realizado em Urgência Pediátrica: Módulo A da Unidade Curricular de Estágio Final	CXXIV

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde: Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos.

Anexo III – Notificação realizada no âmbito do estágio realizado no serviço de Internamento de
Pediatria: Módulo B da Unidade Curricular de Estágio Final CXXVI

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS NOS CONTEXTOS DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	14
1.1. Contextualização Histórica	14
1.2. Qualidade e Segurança em Saúde	17
1.3. Segurança Infantil nos Contextos de Saúde: Particularidades	20
1.4. Notificação de Riscos, Near-Misses e Eventos Adversos	23
1.5. Identificação de Riscos nos Contextos: Modelo de Sistemas de Betty Neuman vs Teoria do Queijo-Suíço de James Reason	25
2. PERCURSO DE APRENDIZAGENS	27
2.1. Metodologia de Projeto	28
2.2. Projeto: Promoção da Cultura de Segurança nos contextos de Saúde Infantil - Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos	30
2.3. Contextos Clínicos	32
2.3.1. Cuidados de saúde primários – estágio I	34
2.3.1.1. Objetivos e atividades desenvolvidas	36
2.3.2. Serviço de urgência pediátrica – estágio final: módulo A	41
2.3.2.1. Objetivos e atividades desenvolvidas	43

2.3.3.	Serviço de internamento de pediatria – estágio final: módulo B	49
2.3.3.1.	Objetivos e atividades desenvolvidas.....	51
2.3.4.	Serviço de internamento de pediatria – estágio final: módulo C	57
2.3.4.1.	Objetivos e aprendizagens desenvolvidas.....	59
2.3.4.2.	Outros contributos	69
3.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	70
3.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre	72
3.2.	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	81
	CONCLUSÃO	89
	REFERÊNCIAS	92

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Relatório, inserida no 3º semestre, do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação com Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2018/2019.

Este tem como objetivos a análise do percurso realizado ao longo do curso e de todos os contextos clínicos integrados no decorrer dos estágios, visando assim dar resposta ao desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências de mestre (Decreto-Lei nº63/2016, in Diário da República, 1ª série – Nº176 de 13 de setembro de 2016), competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O percurso culminará na discussão deste relatório em prova pública, visando a sua aprovação e assim a obtenção do grau de mestre.

O percurso realizado ao longo de todo o curso de mestrado em enfermagem, procurou dar resposta aos objetivos gerais do curso, sendo estes (Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde [IPS-ESS], 2018, pág. 1 e 2):

- “Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciando em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”;
- “Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos”;
- “Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática clínica”;
- “Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada”.

De modo a alcançar os objetivos referidos, foram frequentadas determinadas unidades curriculares, das quais a Unidade Curricular de Estágio I e a Unidade Curricular de Estágio Final, que em conjunto deram contributos essenciais para o desenvolvimento das competências de mestre, comuns do enfermeiro especialista e específicas, neste caso, do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Como a própria nomenclatura das unidades curriculares indica, estas incidiram na realização de diferentes estágios, tendo sido aplicado um projeto com uma temática transversal à Saúde Infantil e Pediatria, com especificidades de acordo com as necessidades de cada contexto em particular. O projeto por nós edificado, com o título “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde: Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos”, enquadra-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, tendo assim sido cumprido um dos pressupostos pretendidos (IPS-ESS, 2018).

Foram realizados estágios em quatro contextos clínicos distintos, garantindo assim que poderíamos obter experiências em todos os contextos de cuidados à criança/jovem e sua família, cumprindo assim com o designado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018a; Ordem dos Enfermeiros, 2019a). O primeiro estágio, referente à Unidade Curricular de Estágio I, foi realizado em Cuidados de Saúde Primários e decorreu entre 14 de maio e 22 de junho de 2018, com uma carga horário de 216h (IPS-ESS, 2018a). A Unidade Curricular de Estágio Final dividiu-se em três módulos e decorreu no período entre 17 de setembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019, com uma carga horária total de 648h (IPS-ESS, 2018b). Nesta última desenvolvemos estágio num serviço de Urgência Pediátrica e em dois serviços de Internamento de Pediatria, sendo que no Módulo C, tivemos ainda a oportunidade de realizar turnos de observação nos serviços de Neonatologia e Centro de Desenvolvimento da Criança, enriquecendo assim a nossa experiência e desenvolvimento de competências.

Em relação à metodologia de projeto que foi utilizada durante o nosso percurso de aprendizagens, esta é imprescindível para a fomentação da qualidade em saúde e para a capacitação para uma melhor tomada de decisão, na medida em que procura resolver problemas existentes na prática clínica e permite a produção de conhecimentos, bem como a aquisição de competências (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). O projeto deve ser desenhado de forma a responder às expectativas e necessidades de cada contexto em particular, podendo a

mesma temática ser trabalhada de pontos de vista diferentes, com o intuito de alcançar o objetivo geral estabelecido na construção do mesmo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Este tipo de intervenção eleva a competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, bem como a sua responsabilidade na prestação de cuidados à criança, na medida em que lhe são reconhecidas competências capazes de maximizar a resposta dos serviços de saúde a cada criança e família em particular, maximizando o seu conforto e bem-estar e procurando responder às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A escolha do tema do nosso projeto relacionou-se com a perceção clara que tivemos durante a componente teórica do curso, de que a segurança é um dos aspetos principais nos cuidados à criança/jovem e família e que apenas em contextos seguros, é possível assegurar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação das necessidades de cada uma, potenciando a sua experiência, aumentando a confiança nos cuidados e possibilitando a prevenção de complicações.

O tema designado era bastante abrangente, pelos que incidimos na promoção da cultura de segurança ao nível da identificação de situações de risco em cada contexto e da realização de notificações, estas últimas com a principal função de servirem como promotoras de alterações aos problemas identificados, procurando assim a redução da possibilidade de ocorrência de eventos adversos com as crianças e suas famílias. Entendemos também que a sensibilização das equipas era extremamente importante, pelo que utilizámos alguns momentos como as reuniões multidisciplinares e as passagens de turno, para poder transmitir algumas informações relacionadas com o projeto em questão.

Para uma melhor perceção da dimensão do problema relacionado com a segurança dos cuidados e da influência que esta pode ter em cada pessoa, desenvolvemos pesquisa relacionada com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman e cruzamos essa informação com o Modelo do Queijo-Suíço de James Reason, percebendo desse modo a influencia que as fragilidades de um sistema podem ter nos organismos, originando consequências a todos os níveis e em todos os intervenientes, quando existem falhas (Reason, 2000; Freese, 2004; Fragata, 2011).

A nossa intervenção direta nos contextos, proporcionou-nos o desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências diversas e nos variados níveis. Contribuímos também para a garantia da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pois demos contributos importantes para cada local de estágio.

O presente relatório, constituindo-se como um importante instrumento de reflexão e aprendizagem, tem como objetivo geral: Apresentar o percurso realizado ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem e Associação, com ênfase no projeto edificado e no desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências de mestre, comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Os seus objetivos específicos são: relacionar o projeto com as aprendizagens e atividades desenvolvidas ao longo dos estágios; enfatizar a importância de identificar riscos nos diferentes contextos; exaltar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, visando a resposta especializada às necessidades da criança.

Do ponto de vista estrutural, este encontra-se dividido em três partes: introdução, onde são apresentados os objetivos gerais do curso, os objetivos do relatório, a sua estrutura e o percurso por nós realizado, enfatizando-se a metodologia de trabalho utilizada e temática escolhida, justificando a sua escolha com base numa pequena contextualização; desenvolvimento, que se divide em três grandes capítulos que visam, sequencialmente, a contextualização da problemática, a partilha de aprendizagens e experiências vivenciadas e a reflexão sobre a aquisição das diferentes competências nos seus diferentes domínios; conclusão, que pretende sintetizar o percurso realizado, referir de que forma foram alcançados os objetivos estabelecidos para este relatório e projetar os desafios futuros.

Este relatório encontra-se formatado de acordo com os documentos de orientação disponibilizados ao estudante, redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico e referenciado segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição.

1. A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS NOS CONTEXTOS DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Em seguida apresentamos uma breve contextualização histórica sobre a segurança e qualidade em saúde, distinguindo os dois conceitos e destacando as particularidades inerentes à segurança infantil nos contextos. Procuramos também destacar a prática da notificação e relacionar o Modelo de Sistemas de Betty Neuman com a Teoria do Queijo Suíço de James Reason, analisando a importância de ambas para a segurança em contextos de saúde.

1.1. Contextualização Histórica

Os cuidados de saúde têm sofrido bastantes alterações no decorrer dos anos com a principal finalidade de obter uma evolução positiva no que concerne à qualidade e segurança dos cuidados (Fragata, 2011). Os primeiros passos dados nesse sentido remontam ao século XIX, nomeadamente ao trabalho desenvolvido pela enfermeira Florence Nightingale, que destacou a importância da gestão do ambiente físico e da higienização das mãos, para o bem-estar e segurança dos doentes que estavam ao seu cuidado (Fragata, 2011; Martins, 2016). Já no século XX, o cirurgião Ernest Codman parametrizou alguns aspetos relativos à qualidade dos cuidados no seu hospital, agrupando os erros em défice de conhecimento ou habilidade, falhas no diagnóstico, falhas ao nível dos cuidados ou equipamentos e má decisão cirúrgica (Neuhauser, 2002). Codman acreditava que os erros deveriam ser admitidos em público e perante a imprensa, para que as pessoas pudessem optar pelo hospital no qual gostariam de ser tratadas, sendo que a partir da identificação dos erros poderiam ser trabalhadas formas de os evitar (Neuhauser, 2002). Esta abordagem resultou em alguns problemas para o próprio, que ficou conhecido como o “mártir da qualidade” (Neuhauser, 2002). Ainda no século XX, mais concretamente na década de 60, surge o contributo de Avedis Donabedian que define qualidade pela primeira vez, assentando-a na tríade composta por resultado, processo e estrutura (Fragata, 2011; Bett & Neuhauser, 2004).

Apesar dos avanços referidos, os primeiros dados concretos acerca dos danos resultantes de eventos adversos surgem apenas em 1991 com a publicação de um artigo baseado no *Harvard Medical Practice Study*, que determinou que existiram eventos adversos em cerca de 3,7% das situações analisadas, podendo ter sido evitados mais de metade dos mesmos (Fragata, 2011; Brennan et al, 1991). Da totalidade de eventos adversos registados, 27,6% derivaram de negligência nos cuidados, tendo resultado em lesões permanentes em cerca de 2,6% e em morte em cerca de 13,6% das situações (Brennan et al, 1991). Seguiram-se novos estudos no Reino Unido e na Austrália, que evidenciaram maiores taxas de ocorrência de eventos adversos (Fragata, 2011). Estes estudos não obtiveram grande impacto e apenas no ano 2000, com a publicação do relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine*, as entidades responsáveis começaram a preocupar-se com estas questões (Fragata, 2011). Foram revelados números que indicavam que entre 44 000 e 98 000 americanos poderiam morrer por erros associados aos cuidados de saúde, sendo que a ocorrência dos mesmos não deveria ser imputada exclusivamente aos profissionais, devendo analisar-se os contextos a nível sistémico e organizacional em que estes estavam inseridos, procurando desse modo entender os aspetos inerentes aos erros ocorridos e de que forma estes poderiam ser prevenidos (Fragata, 2011; Institute of Medicine, 2000). À definição sugerida por Avedis Donabedian, para além das dimensões dos resultados, processos e estrutura, somavam-se agora a segurança, a satisfação e a centralização dos cuidados de saúde na pessoa (Institute of Medicine, 2001; Fragata, 2011).

Posteriormente, no Reino Unido, surgiram novos trabalhos no sentido de melhorar a segurança dos doentes e por fim, os avanços culminaram na criação de diversas entidades de segurança na saúde em diferentes países (Fragata, 2011). Já em 2004, a Organização Mundial da Saúde criou a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, que estabeleceu variados programas com diferentes áreas de atuação, para que todos os aspetos relativos a esta problemática pudessem ser trabalhados pelas instituições de saúde e pelos próprios profissionais (Fragata, 2011; Organização Mundial da Saúde, 2004). Finalmente, em 2009, surge a Estrutura Concetual da Classificação sobre Segurança do Doente, que permitiu parametrizar e definir universalmente, conceitos referentes à temática da segurança nos contextos de saúde (Direção Geral da Saúde, 2011).

A nível nacional, o Estado da Arte neste contexto ainda é incipiente, contudo foi realizado um estudo em três hospitais na área da grande Lisboa, que evidenciaram uma taxa de incidência

de eventos adversos a rondar os 11,1%, sendo que cerca de 53,2% desses eventos poderiam ter sido evitados (Sousa et al, 2014). De modo a dar resposta aos desafios impostos ao nível da segurança do doente e a melhorar a qualidade dos cuidados, é publicado em 2015 o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através do Despacho nº1400-A/2015 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (Ministério da Saúde, 2015a).

Nos dias correntes a segurança e qualidade dos cuidados estão em voga e para além das dimensões referidas, acrescentam-se a dimensão económica, ética e relacional (Fragata, 2011). Destaca-se a importância de estabelecer uma relação de confiança entre os sistemas de saúde e as pessoas que recorrem ao mesmo, bem como a gestão de recursos, devendo por isso ser reduzido o período de internamento de cada pessoa e os gastos realizados com cada doente, pelo que uma prestação de cuidados assente na segurança e qualidade, irá permitir que ocorram menos eventos adversos e consequentemente, um resultado mais positivo nas diferentes frentes (Fragata, 2011).

É possível inferir então que a qualidade resulta da triangulação entre a efetividade dos cuidados, a experiência do doente e a segurança nos cuidados, sendo igualmente importante que os aspetos relativos à segurança das instituições de saúde não sejam ocultados, tanto internamente como externamente, podendo estabelecer-se desse modo uma relação de confiança entre as entidades de saúde e as pessoas que a estas recorrem (Fragata, 2011).

Se é certo que alguns incidentes ocorrem sem que possa existir qualquer controlo sobre os mesmos, é também sabido que alguns derivam de falhas existentes ao nível dos sistemas, processos e profissionais, falhas essas que podem e devem ser trabalhadas por todos os intervenientes, em conjunto, para que a prestação de cuidados possa tornar-se mais segura, havendo espaço para uma melhor intervenção (Fragata, 2011).

1.2. Qualidade e Segurança em Saúde

Segurança e qualidade em saúde tratam-se de dois aspetos intimamente ligados, na medida em que a garantia de segurança na prestação de cuidados é um indicador de qualidade em saúde e que sem segurança não podem existir cuidados de saúde com qualidade (Ministério da Saúde, 2015a; Fragata, 2011). Relativamente aos conceitos propriamente ditos, estes têm sofrido alterações com o decorrer dos anos, aceitando-se nos dias correntes que segurança em saúde corresponde à minimização dos riscos até um mínimo aceitável e que qualidade em saúde se reporta à garantia de acessibilidade e equidade na prestação de cuidados de saúde, por parte de qualquer cidadão que destes necessite (Direção Geral da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2015b). Importa ainda referir que para os cuidados prestados serem de qualidade, estes devem ter um nível profissional diferenciado, procurando gerir os recursos disponíveis da melhor forma para dar resposta às necessidades de cada pessoa, garantindo a satisfação da mesma e a sua adesão durante todo o processo para que possam ser obtidos melhores resultados em saúde (Ministério da Saúde, 2015b).

Embora tenham de ser considerados outros aspetos para que os cuidados sejam considerados de qualidade, de como são exemplo a pertinência, a continuidade e a efetividade de cuidados, a segurança adquire uma posição de relevo pois existem inúmeros riscos na prestação de cuidados de saúde e qualquer falha ao nível da segurança nos mesmos, pode levar à ocorrência dos designados eventos adversos que podem afetar negativamente as instituições, os profissionais e as pessoas e suas famílias (Fragata, 2011; Ministério da Saúde, 2015a). Estes eventos adversos ou incidentes relacionam-se com a cultura de segurança das instituições de saúde, existindo evidência que nos indica que o risco de ocorrerem eventos adversos durante a prestação de cuidados aumenta em cerca de dez vezes nas instituições que descurem a importância destes aspetos (Ministério da Saúde, 2015a). As repercussões, como já referido, podem fazer-se sentir nos diferentes intervenientes, devendo acrescentar-se que ocorrem a diversos níveis, podendo destacar-se os níveis físicos, emocionais, estratégicos, de reputação e económicos (Ministério da Saúde, 2015a). É por isso extremamente importante compreender os conceitos, as dinâmicas das entidades prestadoras de cuidados e quais os recursos disponíveis, de modo a poder dar a melhor resposta possível e evitar complicações decorrentes de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2015a; Fragata, 2011).

Do ponto de vista concetual, existem bastantes conceitos pertinentes para esta problemática, contudo irão ser abordados apenas quatro desses conceitos pois tratam-se dos termos que irão ser utilizados no trabalho doravante. As definições apresentadas não são as únicas aceites, contudo são as que foram consideradas como apresentando a perspetiva pretendida para a explanação da temática no âmbito deste trabalho.

A Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente surge a partir do trabalho realizado pelos grupos definidos pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, com o principal intuito de uniformizar conceitos e criar uma classificação aceite por todos os países, de modo a otimizar a promoção da segurança em todos os sistemas de saúde e a permitir que todos estivessem em sintonia em relação a esta temática (Direção Geral da Saúde, 2011). Foram definidos quarenta e oito conceitos, dos quais destacamos quatro como anteriormente referido:

Risco – “Probabilidade de ocorrência de um incidente” (Direção Geral da Saúde, 2011, pág. 135).

Erro – “Falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (Direção Geral da Saúde, 2011, pág. 113).

Quase Evento ou Near Miss – “Um desvio das melhores práticas de prestação de cuidados de saúde que teria conduzido a dano não desejado para o doente ou à missão da organização, mas que foi prevenido por ações planeadas ou não planeadas” (Direção Geral da Saúde, 2011, pág. 133).

Evento Adverso – “Um evento indesejável que ocorre no decurso da prestação de cuidados de saúde e que produz uma alteração mensurável no estado do doente” (Direção Geral da Saúde, 2011, pág. 117).

Tal como referido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, a gestão dos riscos é essencial para que as instituições de saúde possam tornar-se mais seguras, pelo que o trabalho em conjunto entre administradores, gestores, profissionais e pessoas/clientes, é crucial para obter uma visão sistémica e otimizar a resposta ao nível dos serviços prestados (Ministério da Saúde, 2015a). Para fomentar a eficácia na promoção da segurança no âmbito dos cuidados

de saúde, é estritamente necessário que todos os intervenientes entendam que a prestação de cuidados de saúde é uma atividade de risco e que erros, near-misses e eventos adversos, não podem ser assuntos taboo e devem sim, ser trabalhados de acordo com o nível de relevância para cada contexto (Ministério da Saúde, 2015a; Fragata, 2011). A reação aos erros e eventos adversos deve também ser trabalhada nas instituições de saúde, ou seja, deve ser evitada a punição a fim de incentivar os profissionais a partilhar as suas experiências (Ministério da Saúde, 2015). Esta faz parte das dimensões referidas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, com maior potencial para serem otimizadas num curto período de tempo (Ministério da Saúde, 2015a). Das outras dimensões identificadas no mesmo documento, importa realçar a frequência da notificação, que se trata de uma estratégia bastante pertinente no que diz respeito à promoção da segurança nos contextos de saúde (Ministério da Saúde, 2015a).

Se bem que existe uma componente humana associada ao erro, é comumente aceite que estes não ocorrem propositadamente e que acontecem por qualquer falha a nível organizacional, optando-se cada vez mais por uma liderança construtiva e não persecutória (Fragata, 2011). Não podemos deixar de referir que os erros devem ser tidos como oportunidades de melhoria, mas que deve também ser realizada a distinção entre erros honestos e erros decorrentes de negligência ou de comportamentos de risco que não têm justificação, sendo que a abordagem é diferente em cada uma das situações (Fragata, 2011). Podemos inferir que as organizações desempenham um papel cada vez mais fundamental na promoção da cultura de segurança, tentando criar sistemas mais seguros para que os profissionais tenham cada vez menos hipótese de errar (Fragata, 2011; Reason, 2004). Uma vez que as organizações são geridas por pessoas, é imprescindível que exista a interligação entre elementos humanos e organizacionais, podendo criar condições favoráveis para uma prática de cuidados mais segura (Fragata, 2011).

Por fim, a cultura de segurança, como parte integrante da dimensão organizacional, deve ser construída com base em alicerces que permitam facilitar a prática segura, destacando-se três pressupostos: cultura justa e não punitiva, cultura de notificação e cultura de aprendizagem com o erro (Reason, 2004; Fragata, 2011). Devem ser claramente definidos os valores e missão relativos à segurança de cada instituição, a liderança deve ser facilitadora e exemplar, os profissionais devem ser reconhecidos e valorizados independentemente da experiência e das

posições hierárquicas estabelecidas, deve existir maior transparência na prestação de cuidados, os aspetos relativos à segurança devem ser trabalhados em equipa, a perceção da falibilidade humana e organizacional deve sempre estar presente e deve ser atribuída a devida prioridade às questões relacionadas com a segurança (Fragata, 2011). Pode concluir-se então que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados e a fomentação de uma cultura de segurança, requerem uma abordagem coletiva em que sejam consideradas todas as variáveis que podem influenciar a capacidade de resposta de todos os intervenientes, garantindo assim que estas podem ser trabalhadas no sentido de criar estratégias e desenvolver ferramentas, para que possa ser garantida a maior segurança possível das pessoas alvo dos cuidados, dos profissionais e das próprias instituições de saúde (Ministério da Saúde, 2015a).

Face ao exposto anteriormente, podemos inferir que o trabalho em equipa é essencial e que devem existir figuras de referência no que concerne a esta temática, permitindo assim que sejam criados projetos e estratégias mais objetivos. A sua eficácia deve ser avaliada regularmente, com a principal finalidade de fazer os ajustes necessários para que as fragilidades encontradas nos contextos possam ser devidamente trabalhadas e corrigidas, reduzindo assim inúmeros riscos associados aos cuidados. As figuras de autoridade devem estar integradas nestes processos, de modo a fazer cumprir normas e protocolos relativos à segurança e qualidade dos cuidados.

1.3. Segurança Infantil nos Contextos de Saúde: Particularidades

Apesar dos aspetos transversais relacionados com a promoção da segurança nos cuidados de saúde, a Segurança Infantil diferencia-se na medida em que é necessária a criação de respostas efetivas para diferentes realidades e fenómenos, bem como a constante adaptação por parte dos profissionais, o que por sua vez acarreta um maior desafio e responsabilidade (Lacey, Smith & Cox, 2008).

Desde logo apresenta-se a questão do desenvolvimento infantil, que corresponde a diversas mudanças físicas e cognitivas na criança ao longo dos anos, alterando assim as suas necessidades

enquanto utilizadores dos serviços de saúde (Lacey, Smith & Cox, 2008). Este aspeto, por sua vez, requer uma abordagem dinâmica no que diz respeito à promoção da segurança, pois os riscos alteram-se consoante a faixa etária, as características físicas (de como é exemplo o peso) e o estadio de desenvolvimento (Lacey, Smith & Cox, 2008). Os contextos de saúde e os profissionais necessitam então de adaptar-se constantemente consoante a realidade de cada criança e família, procurando a melhor resposta possível às necessidades de cada um (Lacey, Smith & Cox, 2008). Outro aspeto a ter em consideração quando o tema é Segurança Infantil, é o facto da segurança das crianças depender de terceiros, destacando-se duas realidades neste sentido (Lacey, Smith & Cox, 2008). Se por um lado existem situações em que as crianças, pela sua idade e/ou estadio de desenvolvimento, não possuem autocontrolo sobre a sua própria segurança e não são capazes de expressar preocupações face a este fenómeno, por outro apresentam-se também as crianças cuja sua condição clínica as impossibilita de gerir a sua segurança, tornando-as igualmente dependentes de terceiros (Lacey, Smith & Cox, 2008). Posto isto, tanto os cuidadores (pais ou figuras de referência) como os profissionais, assumem uma grande responsabilidade na gestão das variáveis relacionadas com a promoção da segurança destas crianças, procurando minimizar o risco de ocorrência de eventos adversos (Lacey, Smith & Cox, 2008). As questões epidemiológicas constituem-se também como elemento relevante na prestação de cuidados em Saúde Infantil, devendo adaptar-se as respostas ao nível da segurança consoante os motivos pelos quais as crianças recorrem aos serviços de saúde, isto é, a distinção entre situações de doença aguda ou crónica (Lacey, Smith & Cox, 2008). A resposta é díspar pois diferentes situações de doença levam a diferentes desafios, pelo que os profissionais devem adequar a sua intervenção face às especificidades de cada problemática (Lacey, Smith & Cox, 2008). Finalmente, a vulnerabilidade das crianças é mais uma particularidade evidenciada, na medida em que se entende que as crianças são o grupo mais vulnerável na prestação de cuidados, pois dependem de terceiros e em algumas situações, vivem em condições de pobreza e de difícil acessibilidade aos cuidados de saúde (Lacey, Smith & Cox, 2008).

Relativamente aos riscos e eventos adversos mais relevantes em Saúde Infantil, destacam-se essencialmente os associados ao erro terapêutico, que se trata do evento adverso com maior taxa de incidência e notificação nos contextos pediátricos (Lacey, Smith & Cox, 2008; Institute of Medicine, 2000). Este está também associado a uma maior taxa de mortalidade quando comparado com contextos de prestação de cuidados a adultos e por isso, é com alguma naturalidade, que surge como uma prioridade para os contextos de Saúde Infantil e como um

objetivo estratégico consagrado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Lacey, Smith & Cox, 2008; Institute of Medicine, 2000; Ministério da Saúde, 2015a). Trata-se do quarto objetivo estabelecido no documento em questão, que pretende aumentar a segurança relativa à utilização de fármacos através da adoção de medidas preventivas do erro terapêutico e desse modo, reduzir a ocorrência de eventos adversos e das consequências que destes advêm (Ministério da Saúde, 2015a). O cumprimento deste objetivo permite potenciar ganhos em saúde, promover a confiança nas organizações e reduzir custos (Ministério da Saúde, 2015a). É de ressaltar que a prevenção de complicações ao nível da preparação e administração terapêutica é parte constituinte das orientações internacionais, tendo sido emanadas diretrizes no sentido de exigir às diferentes organizações a adoção de medidas de processo e estrutura, para minimizar a ocorrência de comportamentos de risco (Ministério da Saúde, 2015a). É nesse sentido que surge a reconciliação terapêutica, que potencia o envolvimento de todos para que em equipa, possam otimizar a resposta e assim evitar discrepâncias relacionadas com a prescrição e administração e contribuir para a adesão ao regime terapêutico instituído (Direção Geral da Saúde, 2016). Na Saúde Infantil mais concretamente, a participação da família/pessoa de referência é crucial pois estes são considerados os peritos nos cuidados à criança, sendo imprescindível por isso que sejam integrados em todos os aspetos do cuidar, não descartando claro o processo de gestão terapêutica e a promoção da segurança infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Casey, 1995).

Dada a complexidade da manutenção da segurança infantil nos contextos e tendo em conta os inúmeros desafios que são colocados diariamente aos profissionais de saúde neste âmbito, é imprescindível planear os cuidados à priori, realçando os aspetos que podem constituir riscos para que os profissionais possam estar assim munidos de conhecimentos e estratégias preventivas de eventos adversos, sabendo adequar as suas intervenções de acordo com a especificidade de cada situação. Neste sentido, importa também criar normas e protocolos, que possibilitem a chegada da informação a todos os elementos da equipa.

1.4. Notificação de Riscos, Near-Misses e Eventos Adversos

Outro dos objetivos estratégicos definidos pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o objetivo número oito do referido documento, é garantir uma maior frequência da notificação, análise e prevenção de incidentes (Ministério da Saúde, 2015a). Este objetivo surge no âmbito do direito ao acesso a cuidados de saúde seguros e de qualidade, na medida em que apenas conhecendo as fragilidades das organizações, é possível desencadear as mudanças necessárias para otimizar a segurança de cada contexto (Ministério da Saúde, 2015a; Ministério da Saúde, 2015b). Por esse motivo a Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia sugerem a criação de sistemas de notificação anónimos e não punitivos, com o intuito de promover a notificação por parte dos profissionais e assim trabalhar com os dados recolhidos a partir das mesmas, procurando potenciar a gestão do risco e promover aprendizagens a nível organizacional, tornando a prestação de cuidados mais segura (Ministério da Saúde, 2015a).

O receio de notificar é, contudo, uma realidade internacional e por esse motivo é imprescindível que os líderes e as equipas trabalhem em conjunto no sentido de procurar alterar a cultura de segurança instituída relativamente ao erro (Ministério da Saúde, 2015a). Os motivos para a subnotificação englobam o receio de consequências, a vergonha, a indisponibilidade de tempo para notificar, a complexidade dos sistemas de notificação e o défice de valores organizacionais (Oliveira et al., 2014; Pham, Girard & Pronovost, 2013). Apesar das barreiras existentes, os sistemas de notificação têm sido trabalhados no sentido de permitir uma maior perceção da complexidade da prestação de cuidados, de identificar padrões ao nível da gestão do risco, de fomentar valores organizacionais ao nível da segurança nos cuidados e de permitir a redução de ocorrência de eventos adversos (Pham, Girard & Pronovost, 2013). Existem ainda algumas limitações das quais se destacam o facto destes sistemas não permitirem a criação de bases de dados passíveis de serem analisadas à posteriori, a adoção de diferentes juízos sobre que eventos devem ser notificados, os reduzidos números de eventos notificados, a sobrenotificação de determinados eventos quando comparados com outros, a impossibilidade de triangular dados entre instituições e o défice ao nível das análises realizadas aos eventos notificados (Pham, Girard & Pronovost, 2013). Futuramente, considera-se que a simplificação dos sistemas, o feedback ao notificador, a implementação de medidas corretivas e posterior análise e a partilha de relatórios entre as diferentes organizações, podem ser estratégias promotoras da notificação (Pham, Girard e Pronovost, 2013).

Devemos ressaltar que a notificação não deve ocorrer apenas ao nível dos eventos adversos, isto é, deve ser trabalhada a notificação dos riscos e dos near-misses, no sentido de contribuir para antecipar potenciais problemas e assim evitar a ocorrência de incidentes, permitindo uma boa prática ao nível da cultura de segurança nas organizações (Oliveira et al., 2014). A atuação ao nível da prevenção deve ser privilegiada, resultando em reflexões e formações em equipa, sendo que os gestores dos serviços devem ter uma intervenção ativa no sentido de incentivar os profissionais e orientá-los para a prevenção, gestão e notificação dos riscos identificados na prestação de cuidados (Oliveira et al., 2013).

Os Enfermeiros devem ter uma atitude positiva e ativa neste sentido, respeitando assim o seu Código Deontológico, nomeadamente a alínea c) do artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro, dos princípios gerais, que exalta o dever da excelência profissional na prestação de cuidados, conferindo aos Enfermeiros a responsabilidade de atuar ao nível da segurança nos cuidados de saúde, nomeadamente ao nível da identificação de possíveis situações de risco nos contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Devem também ser ressaltadas as alíneas a), b) e d) do artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro, da excelência do exercício, que realçam a importância da análise crítica do Enfermeiro a toda a sua atuação e a notificação de problemas que possam comprometer a qualidade dos cuidados prestados, permitindo assim otimizar a sua resposta face às necessidades de cada pessoa em particular e corrigir falhas ao nível da prestação de cuidados, evitando a ocorrência de eventos adversos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

É certo que existe um grande trabalho a realizar ao nível da notificação, contudo é importante ressaltar que podem ser adotadas outras estratégias como a realização de reuniões de equipa ou com doentes e famílias, a realização de auditorias internas e a adoção de softwares de alerta de segurança (Ministério da Saúde, 2015a).

1.5. Identificação de Riscos nos Contextos: Modelo de Sistemas de Betty Neuman vs Teoria do Queijo-Suíço de James Reason

Reportando-nos para um dos aspetos já referidos no âmbito da qualidade em saúde, nomeadamente o da prestação de cuidados centrados na pessoa, a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman enfatiza claramente a importância de criar sistemas de saúde em que o foco principal é a pessoa, a satisfação das suas necessidades e consequentemente, o seu bem-estar (Freese, 2004).

Na sua teoria, Betty Neuman realça a natureza dos organismos enquanto sistemas abertos, isto é, como produtores e recetores de estímulos, considerados pela própria como *inputs* e *outputs* (Freese, 2004). O ambiente é também designado na sua teoria como forças internas e externas à pessoa, que afetam o meio que a rodeia, ressaltando que todos os elementos do sistema se encontram em interação e que se pretende que coexistam em harmonia, adaptando-se de forma dinâmica e contínua consoante as necessidades emergentes de cada um (Freese, 2004). Dentro dos sistemas podem surgir *stress* e agentes *stressores*, que dizem respeito a estímulos que provocam alterações ao sistema da pessoa, provocando desarmonia no mesmo, que pode ser reposta através da sua adaptação à nova realidade (Freese, 2004). Estes podem dividir-se em forças intrapessoais, forças interpessoais e forças extrapessoais (Freese, 2004). Caso não existam ferramentas capazes de conferir a adaptação necessária por parte do sistema, este não é capaz de voltar a estabilizar-se (Freese, 2004). Desse modo Neuman realça que a presença de *stress* nos sistemas reforça a importância destes se reajustarem e que as necessidades variam na sua natureza, sendo necessário estabelecer níveis de prevenção (Freese, 2004). Na sua teoria são destacados três níveis de prevenção: prevenção primária, que diz respeito à proteção do organismo previamente ao contacto com o agente stressor; prevenção secundária, que procura a redução do impacto ou possível impacto do stressor; prevenção terciária, que se reporta à redução dos efeitos residuais causados pelo stressor (Freese, 2004).

Relativamente à cultura de segurança e valores organizacionais, associando o Modelo de Sistemas de Betty Neuman com a Teoria do Queijo-Suíço de James Reason, podemos pensar num organismo ou sistema como uma organização ou instituição de saúde, que se trata de um sistema aberto, em que várias entidades desempenham diferentes funções, com o principal intuito de dar a melhor resposta às necessidades das pessoas que recorrem aos seus serviços

(Freese, 2004; Fragata, 2011). Para ambos os modelos o foco principal é o sistema, que deve adaptar-se de modo a otimizar a sua resposta, ou seja, deve criar defesas para se salvaguardar de situações que o possam comprometer, ou como Neuman diria, para minimizar o impacto dos stressores (Freese, 2004; Reason, 2000). Esta adaptação dinâmica é realçada por Betty Neuman e reforçada por James Reason, que por sua vez acrescenta que o sistema muda constantemente e que também os riscos estão em constante mudança, alterando-se conforme os momentos e os contextos (Reason, 2000). Na sua Teoria do “Queijo-Suíço”, Reason propõe que as organizações não analisem os erros com base nas pessoas que os cometem, mas sim no desenho do sistema, reforçando que os incidentes, na maioria das vezes, são causados por pessoas boas a desempenhar funções em sistemas mal desenhados (Reason, 2000). Reason reconhece ainda que até ocorrer um erro existem determinadas barreiras e que este só ocorre se as falhas se alinharem, ou seja, se existir uma sucessão de erros decorrentes das fragilidades existentes no sistema (Reason, 2000). Se as barreiras não forem devidamente trabalhadas, isto é, se a cultura de segurança estiver assente em valores organizacionais deficientes, as partes constituintes do sistema irão desempenhar as suas funções com falhas, impossibilitando assim a estabilização do próprio e impedindo que a sua harmonia seja estabelecida, ou seja, que este se torne mais seguro (Freese, 2004; Reason, 2000).

Se Betty Neuman considera que os *stressores* podem ser de qualquer natureza e que o sistema deve ajustar-se de modo a que a sua influência não resulte em consequências nefastas para o organismo, James Reason reporta-se a falhas ativas e condições latentes, que podemos associar aos *stressores* interpessoais e extrapessoais, respetivamente (Freese, 2004; Reason, 2000). As falhas ativas dizem respeito, tal como os stressores interpessoais, à interação entre dois ou mais indivíduos, sendo que Reason se reporta à interação entre o profissional de saúde e o doente, indicando que as falhas ativas decorrem de deslizes, lapsos, erros e violações processuais (Reason, 2000). Já as condições latentes ou *stressores* extrapessoais, dizem respeito ao ambiente organizacional, ou seja, à existência de falhas no sistema ou forças externas à pessoa, que em determinado momento podem provocar um desequilíbrio no sistema e afetar os organismos (Freese, 2004; Reason, 2000). Temos então que os termos abordados podem traduzir-se no risco ao nível da prestação de cuidados de saúde. Este pode assumir qualquer natureza e requer a existência de um reajuste de práticas para que possa ser identificado e reduzido, de modo a minimizar também a ocorrência de eventos adversos (Reason, 2000). Para tal, as respostas dadas pelo sistema devem ser trabalhadas nos diferentes níveis de prevenção

identificados. Se considerarmos os níveis de prevenção presentes na teoria de Betty Neuman e transportarmos a sua definição para as questões relativas à cultura de segurança, poderemos inferir que: a prevenção primária diz respeito à gestão do risco; a prevenção secundária trata da consciencialização da presença constante do risco e como tal da necessidade de criação de protocolos; a prevenção terciária, reporta-se à notificação, partilha de experiências e reformulação da estratégia de prevenção (Freese, 2004; Reason, 2000).

Com base nos modelos mencionados, é possível criar organizações capazes de responder aos desafios que vão sendo colocados à sua segurança. Betty Neuman e James Reason, através dos seus modelos, dão bons contributos para que as organizações pensem no sistema como um todo, trabalhem a sua cultura de segurança com base na prevenção e atendam à sua principal missão de prestar os melhores cuidados às pessoas que deles necessitam (Freese, 2004; Reason, 2000).

2. PERCURSO DE APRENDIZAGENS

A aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, foi possível devido ao percurso por nós realizado, sendo que este foi delineado de modo a que fosse possível obter experiências em todas as valências relativas aos cuidados à criança, jovem e suas famílias. As Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final, permitiram então a aplicação da componente teórica na prática, o desenvolvimento da metodologia de projeto e o enriquecimento pessoal e profissional, a partir da vivência de realidades distintas. Em seguida são apresentadas a metodologia de projeto, os contextos onde decorreu a prática clínica, os objetivos transversais e específicos de cada contexto e as aprendizagens e atividades desenvolvidas.

2.1. Metodologia de Projeto

A Metodologia de Projeto pode ser considerada do ponto de vista da promoção da qualidade em saúde, na medida em que permite estabelecer a correlação entre as questões teóricas com a prática, servindo assim de auxílio ao processo de tomada de decisão e possibilitando uma melhor adequação das intervenções realizadas em cada contexto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Desse modo, podemos referir que esta tem como principal intuito resolver problemas existentes na prática clínica e permite a produção de conhecimento, bem como a aquisição de competências (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Uma vez que assenta na prática reflexiva, de investigação e intervenção, esta metodologia apresenta-se como dinâmica e com rigor científico, podendo referir-se que se aproxima da investigação-ação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Na sua aplicação, espera-se que a informação pertinente relativa a um determinado problema seja devidamente colhida, analisada e trabalhada, procurando dar resposta a questões como “o que fazer?” e “como fazer?” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Como características fundamentais, a metodologia de projeto apresenta-se como uma atividade intencional que surge a partir de um objetivo geral, que confere oportunidade de iniciativa e autonomia aos intervenientes e que é autêntica, complexa e faseada, na medida em que trata de problemas reais, com elevada complexidade e que se prolonga temporalmente a partir de uma aplicação faseada (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Entendemos que importa ressaltar que os objetivos do projeto de intervenção que surge na aplicação desta metodologia, são estabelecidos pelos intervenientes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Relativamente às suas fases, a metodologia de projeto divide-se em: Diagnóstico da situação; Planeamento de tarefas e estratégias; Execução das tarefas planeadas; Avaliação; Divulgação de resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A fase de diagnóstico da situação, diz respeito à definição e descrição da problemática a ser trabalhada, contextualizando-a de acordo com a realidade em que esta se insere e definindo objetivos gerais e específicos, a partir dos quais o projeto se vai desenvolver e assim procurar proporcionar as mudanças entendidas como necessárias para otimizar determinados problemas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Neste sentido existem alguns instrumentos de diagnóstico como

as entrevistas formais ou informais, a aplicação de questionários ou os métodos de análise de situação (análise de SWOT, FMEA, entre outros), que pretendem facilitar o processo de definição do problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A problemática escolhida deve ser abrangente, permitindo a existência de uma dinâmica de trabalho (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Já os objetivos devem ser claros e partir do problema identificado, ressaltando-se que o objetivo geral deve ser mais abrangente, complexo e deve assentar na aquisição de conhecimento e capacidades, ao passo que os objetivos específicos devem resultar da subdivisão do objetivo geral em objetivos mais concretos e suscetíveis de contribuírem para a avaliação do objetivo geral, relacionando-se estes últimos com a aquisição de competências e desenvolvimento de conhecimentos por parte dos intervenientes no decorrer do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Na fase de planeamento de tarefas e estratégias, deve proceder-se à elaboração de um plano detalhado, estabelecendo um cronograma do projeto e indicando os recursos necessários para que os objetivos estabelecidos possam ser cumpridos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Esta fase não é estanque, pelo que podem existir alterações ao planeamento consoante as necessidades emergentes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Em relação à fase da execução das tarefas planeadas, esta diz respeito à aplicação efetiva daquilo que foi planeado nas primeiras etapas da metodologia de projeto, facilitando desse modo a colheita de dados e a perceção da dimensão real do problema identificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Os dados são trabalhados posteriormente, de modo a desenvolver estratégias que possam colmatar as fragilidades e assim dar a melhor resposta possível para o problema edificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A avaliação do projeto é mais uma das etapas desta metodologia, dividindo-se esta em avaliação intermédia e avaliação final (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A avaliação intermédia visa avaliar a eficiência e eficácia das intervenções realizadas até determinado momento, sendo que os responsáveis pelos serviços, os enfermeiros orientadores e o professor orientador, assumem um papel preponderante no sentido de dar contributos para que a estratégia possa ser otimizada (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A avaliação final por seu lado, corresponde à avaliação de todo o projeto e dos aspetos que dele resultaram, isto é, do produto do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Por fim a fase da divulgação dos resultados, que é entendida como uma fase bastante importante pois é a partir desta que pode ser reconhecida a pertinência do projeto bem como o esforço dos profissionais e organizações para prestarem melhores cuidados às pessoas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Pretende-se que esta fase permita a partilha de experiências entre profissionais e instituições, com o principal intuito de permitir o desenvolvimento pessoal e profissional de cada um, de modo a que a melhoria da qualidade dos serviços prestados seja o resultado final do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

2.2. Projeto: Promoção da Cultura de Segurança nos contextos de Saúde Infantil - Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos

Baseando-nos no que foi descrito no subcapítulo anterior, entendemos que, uma vez que o percurso iria ser realizado em quatro contextos diferentes, a problemática definida deveria ser transversal a qualquer um deles. Como tal, decidimos que a temática da segurança infantil poderia ser trabalhada em qualquer contexto, de diferentes perspetivas e sempre com o principal objetivo de promover a segurança e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Considerámos também que esta temática ia ao encontro da linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, destacada como parte integrante da investigação ao nível da Saúde Infantil e Pediátrica (IPS-ESS, 2018a; IPS-ESS, 2018b).

O objetivo geral estabelecido para o projeto em questão foi promover a cultura de segurança nos diferentes contextos de Saúde Infantil, ao passo que os objetivos específicos definidos foram identificar riscos para a segurança infantil nos contextos, sensibilizar as equipas para a identificação de situações de risco para a segurança infantil, identificar os sistemas de notificação utilizados pelas equipas e realizar uma notificação referente a um risco identificado no contexto.

O projeto foi desenvolvido no âmbito das Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final, que decorreram de 14 de maio a 22 de junho de 2018 e de 17 de setembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019, respetivamente. Em relação aos locais de estágio, o Estágio I decorreu numa Unidade de Saúde Familiar, ao passo que o Estágio Final se dividiu em três módulos. O primeiro módulo, que decorreu entre 17 de setembro e 12 de outubro de 2018, foi realizado num serviço de Urgência Pediátrica; o segundo módulo, decorrido entre 15 de outubro e 9 de novembro de 2018, foi realizado num serviço de Internamento de Pediatria; o terceiro módulo, que decorreu de 12 de novembro de 2018 a 18 de janeiro de 2019, foi realizado num serviço de internamento de Pediatria. Importa realçar que durante o período destinado à prática clínica, pudemos também observar as restantes valências que não estavam enquadradas nas escolhas iniciais, das quais se destacam a neonatologia e o centro de desenvolvimento infantil. Contudo, nestas últimas, dadas as contingências associadas ao período de tempo em que decorreram, não foi possível desenvolver o projeto com a profundidade em que foi desenvolvido nos restantes locais de estágio indicados.

Entendemos então que em cada contexto de estágio deveria ser realizado um diagnóstico de situação específico, que visasse a identificação das principais fragilidades referentes à segurança infantil ao nível do mesmo. Desse modo, recorreremos às reuniões informais com as chefias e os elementos responsáveis pela gestão do risco ou qualidade, para realizar o diagnóstico de situação específico de cada serviço e assim perceber se a decisão de trabalhar a área da segurança infantil faria sentido em todos eles. Os aspetos mais concretos relacionados com cada contexto irão ser abordados posteriormente neste relatório.

Pelas diferenças evidenciadas na abordagem ao problema pelos diferentes serviços, foi necessário identificar a melhor abordagem para cada um deles, sendo que optámos por dividir as atividades em transversais e específicas consoante os locais de estágio, adaptando assim a nossa estratégia de forma a poder conferir maior eficácia e eficiência ao nosso projeto. As atividades centraram-se em áreas comuns aos quatro locais, destacando-se a identificação de riscos, a implementação de estratégias promotoras da segurança infantil e a notificação.

Quanto à identificação de riscos específicos nos contextos, esta foi possível através das reuniões já referidas e da observação durante a prática clínica, sendo que a partir dessa identificação foi realizado trabalho no sentido de minimizar alguns riscos existentes. A minimização do risco vai ao encontro das outras áreas referidas, sendo que a partir dos riscos

identificados, procurámos sinalizar e implementar estratégias que permitissem que estes não voltassem a ocorrer ou que a sua ocorrência fosse dificultada, podendo assim referir-se que procurámos criar barreiras de defesa nos diferentes serviços.

A área da notificação foi trabalhada recorrendo à Norma 014/2015 da Direção Geral da Saúde, referente ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, em três contextos clínicos de estágio, sendo que para cada um deles foram utilizados métodos de sensibilização para a cultura de segurança e de divulgação para o ato de notificar, adaptando-o consoante as equipas de profissionais e as indicações fornecidas por parte das chefias e dos enfermeiros responsáveis pela área da qualidade e segurança dos cuidados. No último contexto, ou seja, no Módulo III referente à Unidade Curricular de Estágio Final, foi desenvolvido trabalho no sentido de implementar um sistema de notificação interno do serviço, para que pudessem ser identificados e trabalhados os riscos de uma forma mais direcionada às necessidades do local em questão. A notificação através do sistema de notificação da instituição ou do sistema de notificação Nacional, seria realizada na existência de eventos adversos e não no âmbito do risco. Neste local de estágio em concreto, foi possível ainda avaliar a situação específica através da realização de uma auditoria, tendo sido apresentadas estratégias à posteriori para que os riscos identificados pudessem ser minimizados.

2.3. Contextos Clínicos

As Unidades Curriculares de Estágio I e Estágio Final fazem parte deste Curso de Mestrado em Enfermagem e integram-se no âmbito do desenvolvimento de competências de Mestre, competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surgindo como complemento à componente teórica do curso em questão e possibilitando o contacto com os diferentes contextos de cuidados às crianças, jovens e suas famílias (IPS-ESS, 2018). Apresentam-se como uma fase do percurso para a aquisição do grau de mestre e da atribuição do título de especialista por parte da Ordem dos Enfermeiros, estabelecendo-se objetivos de aprendizagem que se prendem com o desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica sobre a prática nos

contextos, a tomada de decisão com base na evidência científica e a edificação de um projeto que culmina na realização de um relatório com discussão posterior em provas públicas (IPS-ESS, 2018b). Os objetivos das referidas unidades curriculares, segundo os guias das mesmas, são: “desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde; desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade” (ESS-IPS, 2018a, pág.1; ESS-IPS, 2018b, pág.2).

O percurso iniciou-se com a Unidade Curricular de Estágio I no período compreendido entre 14 de maio e 22 de junho de 2018. O estágio em questão teve uma carga horária total de 216 horas, correspondendo um total de 8 European Credit Transfer System (ECTS) (IPS-ESS, 2018a).

A Unidade Curricular de Estágio Final decorreu entre 17 de setembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019 e dividiu-se em Módulo A, B e C, correspondendo cada um desses módulos a locais de estágio diferentes, contabilizando-se um total de 24 ECTS, com carga horária total de 648h (IPS-ESS, 2018b).

De modo a otimizar a nossa experiência nos contextos e a direcionar a nossa experiência para os objetivos de aprendizagem definidos nos guias das Unidades Curriculares e para as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, definimos o seguinte objetivo geral para todo o percurso nos quatro locais de estágio: Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida.

Seguidamente apresentamos os diferentes locais de estágio, indicando a razão para a escolha dos mesmos, a sua caracterização e o percurso realizado desde o diagnóstico de situação até às estratégias realizadas para dar resposta aos objetivos do projeto. Evidenciamos também as experiências vivenciadas do ponto de vista do desenvolvimento de aprendizagens e dos contributos que cada contexto ofereceu, abordando os objetivos específicos delineados para cada um deles.

2.3.1. Cuidados de saúde primários – estágio I

O primeiro estágio foi realizado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, mais concretamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF), tendo esta escolha resultado da necessidade de desenvolver os conhecimentos relativamente à atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica nos Cuidados de Saúde Primários e, especificamente, ao nível da prestação de cuidados de saúde primários às crianças/jovens e suas famílias. Com esta experiência pretendemos desenvolver os conhecimentos e competências relativas ao desenvolvimento infantil e à promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente ao nível da implementação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação.

Estruturalmente, a USF é composta por 2 pisos, sendo que as consultas de Saúde Infantil e Juvenil se dividem pelos variados gabinetes, consoante o Enfermeiro e o Médico de Família, que têm gabinetes a si destinados. As consultas de Saúde Infantil que precedem a consulta médica, decorrem todos os dias úteis no período da manhã (das 8h às 13h), sendo que existem dois dias da semana em que, no período da tarde, o Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica dispõe de cerca de 2h em que qualquer pessoa que necessite de uma Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, pode realizar marcação. A marcação destas consultas pode ser realizada extraplano, ou seja, fora das idades estabelecidas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, dando resposta às necessidades das crianças/jovens e família. Nestes períodos em específico, o Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica fica a aguardar a marcação de consultas, sendo que caso não exista qualquer marcação, este período de tempo é utilizado para a atualização dos processo de enfermagem ou estabelecer contactos com famílias cujas crianças têm consultas ou vacinas em atraso.

Todos os gabinetes contam com marquesa para observação da criança, equipamento para avaliação antropométrica, equipamento para avaliação de sinais vitais e instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança, sendo que a avaliação do desenvolvimento é realizada de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Resta-nos referir que a equipa é constituída por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, contudo, uma vez que se trata de uma USF, este acompanha as famílias que se encontram ao seu cuidado, participando em consultas de diferentes valências. Apesar do referido, o

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é o elemento de referência nos cuidados às crianças/jovens e suas famílias.

São também realizadas consultas de enfermagem no domicílio a crianças, dando-se prioridade às consultas ao recém-nascido, de modo a que este não necessite de sair da sua casa para que lhe sejam assegurados cuidados de saúde, otimizando assim o conforto do mesmo e da sua família. Esta consulta destina-se a perceber como decorreu o parto, à observação do recém-nascido, ao esclarecimento de dúvidas, à apresentação da USF e à disponibilização de contactos da instituição, procurando servir como importante ferramenta para a aproximação de ambas as entidades, otimizando a parceria de cuidados e a adesão aos serviços de cuidados de saúde primários. Ressaltamos que esta acontece após contacto com a família, que decorre da receção da notícia de nascimento, pelo que a articulação entre as instituições de saúde (hospital e cuidados de saúde primários) é fundamental. Caso a articulação falhe, são realizadas tentativas para contactar as famílias, com a finalidade de perceber se a criança já nasceu e como se encontra, procurando-se realizar a marcação da referida consulta domiciliária. De um modo geral, esta acontece até ao sexto dia de vida do recém-nascido, para que o teste de diagnóstico precoce possa ser realizado sem que este tenha de sair do seu local de conforto. Quando não é possível, a família deve deslocar-se até à USF.

Outra particularidade que pudemos identificar, foi que se existir qualquer alteração ao nível do desenvolvimento da criança (física ou cognitiva), as consultas são marcadas com maior frequência e é realizado o encaminhamento para serviços mais especializados, isto é, é feita a articulação com os serviços hospitalares.

Para além da avaliação do desenvolvimento infantil assente no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do esquema de vacinação assente no Programa Nacional de Vacinação, a intervenção dos Enfermeiros no contexto baseia-se também no Programa Nacional de Saúde Escolar, que para além de procurar identificar crianças em que é necessária alguma intervenção mais específica, pretende também aproximar a instituição prestadora de cuidados à sua população alvo e às escolas, tendo sido realizado um trabalho importante neste sentido no decorrer deste estágio.

Por fim, ressaltar que os registos são realizados no sistema de registos de enfermagem, SClinico®, que tem integrados os programas mencionados anteriormente. Os registos referentes

à vacinação, são realizados numa plataforma que permite o acesso em qualquer instituição de saúde, garantindo assim que não existe informação perdida e melhorando a segurança ao nível dos cuidados de saúde à criança e jovem.

2.3.1.1. Objetivos e atividades desenvolvidas

Os objetivos para os diferentes locais de estágio dividiram-se em objetivos gerais e específicos de aprendizagem clínica e objetivos gerais e específicos de projeto. Os objetivos referentes ao projeto e o objetivo geral de aprendizagem clínica, foram transversais aos quatro contextos, já os objetivos específicos de aprendizagem clínica diferenciam-se consoante o contexto, isto porque para cada local de estágio é único na medida em que permite desenvolver conhecimentos e competências de forma distinta, de modo a culminar na aquisição de todas as competências necessárias para a obtenção da categoria de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Posto isto, para dar resposta ao objetivo geral de aprendizagem estabelecido - Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida – foram definidos os seguintes objetivos específicos para este local de estágio: Desenvolver conhecimentos relativos ao desenvolvimento infantil ao longo do ciclo de vida; Desenvolver conhecimentos relativos à promoção da saúde e segurança infantil, ao longo do ciclo de vida; Identificar as boas práticas relacionadas com os cuidados às crianças ao nível dos cuidados de saúde primários; Treinar a comunicação eficaz em Pediatria, de acordo com a faixa etária das crianças e o seu estadio de desenvolvimento; Participar ativamente na promoção da saúde na comunidade infantil abrangida pelo contexto. A partir destes objetivos foi possível direcionar o nosso percurso.

Importa destacar aqui que as consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica possibilitaram-nos o alcance de grande parte dos objetivos definidos, isto porque se trata de um momento bastante rico no que diz respeito à avaliação da criança do ponto de vista estaturo-ponderal e cognitivo, sendo possível entender que competências a criança desenvolveu e

relacioná-las com a faixa etária, percecionando assim se o seu desenvolvimento está a ocorrer de acordo com o suposto. Na existência de qualquer desvio do padrão, essa situação é devidamente sinalizada em sistema e ao médico de família assistente, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para os serviços de saúde mais especializados.

Estas são também um momento privilegiado para a promoção da saúde, na medida em que através de uma pequena entrevista informal, é possível obter informação importante relativa à criança e sua família, podendo assim discriminar a existência ou não de problemas relacionados com ambos. A realização de ensinamentos sobre os hábitos alimentares, as horas de sono, o exercício físico e o desenvolvimento psicossocial, foram outros aspetos trabalhados neste âmbito. A família deve ser sempre integrada nas consultas, contudo, a consulta poderá ser dividida em dois momentos distintos se a criança/jovem pretender falar a sós com o enfermeiro, algo que é mais comum na adolescência (Direção Geral da Saúde, 2013). Esta escolha deve ser respeitada pelos profissionais, garantindo assim a privacidade e confidencialidade da criança/jovem (Direção Geral da Saúde, 2013).

A nossa participação nas consultas permitiu-nos desenvolver conhecimentos relativos a todas as faixas etárias, uma vez que foi necessário adequar a comunicação, a avaliação e os ensinamentos, de acordo com cada faixa etária de cada criança e com as necessidades de cada criança / família, ressaltando aqui que as componentes social e cultural foram também aspetos a ter sempre em consideração na prestação de cuidados a este nível. Foi ainda possível aplicar a Escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada para a avaliação do desenvolvimento infantil, recorrendo a cubos, folhas coloridas, lápis de pintar, desenhos para pintar e livros. A utilização de alguns destes objetos, permitiu avaliar as competências das crianças, nomeadamente ao nível da motricidade, do interesse pelo meio circundante e do brincar.

A avaliação da visão foi também realizada de acordo com o preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente através da Tabela de “E” de Snellen (Direção Geral da Saúde, 2013). A avaliação da audição foi realizada de acordo com a Escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada. Relativamente a ambas as avaliações, estas respeitam o Parecer nº 248/2010 emanado pelo Conselho de Enfermagem, que indica como os enfermeiros devem proceder aquando da realização dos referidos testes (Conselho de Enfermagem, 2010). Ressaltamos que a aplicação destes dois testes foi realizada nas designadas idades-chave, aquando do exame global de saúde.

Do ponto de vista do conforto, pudemos observar que a separação entre a criança e a família era evitada a todo o custo, sendo que alguns procedimentos eram mesmo realizados ao colo ou utilizando métodos como a sucção não nutritiva e a massagem local, por exemplo (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Estas estratégias estão englobadas no Guia Orientador de Boas Práticas para as Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança da Ordem dos Enfermeiros, de 2013.

Pudemos também desenvolver conhecimentos relativos ao Programa Nacional de Vacinação, à própria técnica de administração de terapêutica intramuscular e a estratégias para minimizar a dor e desconforto da criança/ jovem e família no momento da vacinação.

Os conhecimentos e competências relativos à segurança infantil foram desenvolvidos durante as semanas em que decorreu este estágio, quer através dos ensinamentos relativos à segurança rodoviária e cuidados a ter com o sol, bem como a partir da preparação dos gabinetes de consulta de acordo com a faixa etária e estadio de desenvolvimento de cada criança. As marquesas de observação encontravam-se junto à parede para reduzir o risco de queda, os cantos das mesas encontravam-se protegidos para reduzir o risco de traumatismos e os contentores corto-perfurantes e vacinas encontravam-se fora do alcance das crianças, evitando assim a ocorrência de eventos adversos.

Associado à temática da segurança infantil e a promoção da saúde, foi-nos proposto realizar um projeto de intervenção para as escolas pertencentes à freguesia onde se insere a USF e para a própria Junta de Freguesia. Este trabalho surge pela vontade da instituição em dar visibilidade ao trabalho realizado pelos seus profissionais e em demonstrar disponibilidade para cuidar da sua população alvo, bem como pela necessidade referida por parte da comunidade escolar na transmissão de informação importante referente à prevenção de problemas relacionados com a segurança rodoviária e os cuidados a ter com a exposição solar (foram trabalhados outros temas, como a alimentação e o sono, contudo não tivemos participação ativa na realização destas apresentações). Deste modo evidencia-se o papel da USF e das escolas enquanto parceiros nos cuidados. O trabalho desenvolveu-se em articulação com o Enfermeiro Orientador Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com a Enfermeira responsável pela Qualidade dos Cuidados e Área de Formação da USF, com a equipa médica e com os órgãos sociais da Junta de Freguesia. Foram realizadas algumas reuniões para aferir as temáticas a serem trabalhadas e a estratégia a ser utilizada. Foi determinado que o projeto iria englobar

quatro temas relativos à segurança infantil / promoção da saúde infantil e que iria ser apresentando em três sessões, duas realizadas em diferentes escolas e uma realizada no auditório do edifício pertencente à Junta de Freguesia, permitindo assim a participação dos cidadãos interessados na temática abordada. Os slides referentes aos objetivos da apresentação das duas temáticas que trabalhamos (segurança rodoviária e cuidados com a exposição solar) encontram-se em apêndices (Apêndice I). A apresentação foi construída de acordo com a faixa etária alvo (fase escolar), de modo a que as crianças se mantivessem interessadas e pudessem participar, podendo otimizar assim a partilha de informação. Para a avaliação da sessão, no final de cada apresentação foram integrados diapositivos que propunham um resumo da atividade em conjunto com as crianças, com ligações de imagens, questões e frases para completar.

Por fim, desenvolvemos ainda o nosso conhecimento e prática relativamente à entrevista, ao teste de diagnóstico precoce e à construção do Processo de Enfermagem, quer a nível informático quer a nível descritivo, tendo sido realizado um estudo de caso de uma criança em que foram abordados os aspetos supracitados. Este trabalho foi realizado no seguimento de uma consulta de enfermagem no domicílio a um recém-nascido, em que para além do rastreio de doenças metabólicas através da realização do teste de diagnóstico precoce, foram realizados inúmeros ensinamentos relativos aos cuidados ao cordão umbilical, à amamentação e aos cuidados de higiene ao recém-nascido. Para a realização de ensinamentos sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, recorremos à leitura do Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil da criança, de modo a que os pais pudessem perceber como iria ser realizado o acompanhamento por parte dos serviços de saúde. Consideramos que importa ressaltar que antes de procedermos à realização do teste de diagnóstico precoce, foram explicados todos os aspetos inerentes ao próprio, bem como esclarecidas as dúvidas colocadas pelos pais. Uma vez que se tratava de uma família alargada e os pais partilhavam os cuidados à criança com os avós, estes também participaram na visita domiciliária e colocaram as suas dúvidas.

As condições de segurança habitacionais foram também avaliadas, tendo sido realizados ensinamentos em relação à importância de dormir em berço próprio no quarto dos pais, à retirada de objetos do berço da criança e a não cobrir a cabeça do recém-nascido com a roupa de cama. Quando finalizámos os ensinamentos, foram disponibilizados os contactos da USF. À chegada à USF foram introduzidos alguns dados no sistema de registos de enfermagem, SClínico®, nomeadamente os diagnósticos e focos de atenção.

Ainda neste contexto, foi realizado um Estudo de Caso referente à visita descrita, que contribuiu para o nosso desenvolvimento de conhecimentos relativos aos cuidados ao recém-nascido, tendo também a oportunidade de criar o processo de enfermagem do próprio recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Foram também desenvolvidos conhecimentos em relação à construção do Ecomapa, do Genograma e à realização do teste de diagnóstico precoce.

Quanto ao projeto por nós edificado, procurámos dar resposta aos objetivos já referidos anteriormente neste relatório. Passando a apresentar o que realizámos nesse âmbito neste local de estágio.

A sensibilização da equipa e identificação de riscos foi realizada nas reuniões semanais com a equipa de enfermagem, momento em que pudemos conversar sobre o nosso projeto e obter alguns contributos por parte da restante equipa. Destas reuniões foi possível perceber que um dos riscos se prendia com o facto de, em algumas situações, os pais subirem com os carrinhos e cadeiras de bebé pelas escadas ao invés de utilizarem o elevador, aumentando assim o risco de queda da criança e o risco de complicações decorrentes dessa queda. Outra situação identificada foi a disponibilização de vacinas com folheto informativo numa língua estrangeira que não era identificável, por parte da indústria farmacêutica.

Tendo em conta o referido, procurámos encontrar soluções para que estes riscos pudessem ser minimizados. Desde logo identificámos o sistema de notificação da USF, que é o sistema de notificação NOTIFICA, recorrendo ao seu exemplar para notificar a questão relacionada com as vacinas. Este documento em questão baseia-se na Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (2011), havendo necessidade de indicar alguns aspetos para poder enquadrar e classificar o evento. Neste caso em particular, temos que se tratou de um incidente com medicação (tipo de incidente) e sem consequências para a pessoa (nenhuma gravidade de dano) (Direção Geral da Saúde, 2011). Quanto às suas características, o incidente foi detetado por um enfermeiro no momento da preparação de terapêutica, sendo que esta vacina em questão foi desperdiçada e trocada por outra com informação passível de ser lida (Direção Geral da Saúde, 2011). Foram identificados dois fatores contribuintes, o facto da equipa de enfermagem não confirmar as embalagens de todas as vacinas no momento da entrega (são acondicionadas no frigorífico, mas apenas são organizadas posteriormente) e o facto de não existir um protocolo que permita recusar a terapêutica (Direção Geral da Saúde, 2011). Em termos de consequências

para a organização, não considerámos que existam consequências diretas, contudo estas vacinas correm o risco de perder a validade caso não seja resolvida esta situação e não seja identificado este incidente (Direção Geral da Saúde, 2011). Como fator atenuante do dano, determinou-se que as vacinas iriam ser novamente revistas e reorganizadas, identificando as vacinas em questão e colocando-as num frigorífico que se encontra no piso 1 e que serve apenas para o armazenamento (Direção Geral da Saúde, 2011). Esta intervenção vai também ao encontro das ações de melhoria e ações para reduzir o risco, que correspondem a dois itens presentes na Classificação Internacional para a Segurança do Doente. No mesmo sentido, foi realizada esta notificação e entregue ao elemento da equipa de enfermagem que é responsável pelo departamento da qualidade dos cuidados, para que validasse a informação e pudesse proceder à notificação oficial. A notificação encontra-se em anexo no final do relatório (Anexo I).

Relativamente ao outro risco identificado, concordámos com a equipa que existiria um reforço da sinalização do elevador e destacada a importância de o utilizar nas situações de transporte de crianças ao colo, em carrinhos e cadeiras 0/0+, o designado ovinho (Direção Geral da Saúde, 2012). Não operacionalizámos esta intervenção, contudo tivemos a oportunidade de verificar que existia uma vontade da equipa em que as consultas de Saúde Infantil e Pediatria fossem realizadas no piso 0, outra estratégia que iria prevenir a utilização das escadas e assim reduzir o risco de queda. Posto isto, a estratégia adotada foi a de realizar ensinamentos referentes a este problema nas próprias consultas de saúde infantil, tendo resultado num maior alerta para as famílias e para a própria equipa, que prontamente concordo com a importância desta transmissão de informação.

2.3.2. Serviço de urgência pediátrica – estágio final: módulo A

O segundo estágio decorreu num serviço de Urgência Pediátrica, sendo que esta escolha surge pela vontade de desenvolvermos conhecimentos e competências ao nível da identificação de sinais de alarme da criança/adolescente, da avaliação da criança em situação de

urgência/emergência, da aplicação da Triagem de Manchester e da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica num serviço desta índole.

O Serviço de Urgência Pediátrica divide-se em duas salas de triagem, sala de reanimação, sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia, duas unidades de internamento (uma para crianças até aos 3 anos e outra para crianças dos 3 aos 18 anos), duas casas de banho com chuveiro para as crianças internadas, diversos gabinetes médicos e uma sala para realização de terapêutica de nebulização, encontrando-se esta última perto da sala de triagem para que as crianças que recorrem ao serviço por problemas do foro respiratório, possam aguardar lá pela sua vez e ter uma maior vigilância. Existe outro local de espera dentro do serviço para as crianças que inspirem mais cuidados, como as crianças com vômitos incoercíveis ou com suspeita de fratura por exemplo, e ainda duas salas de espera, que se encontram separadas fisicamente do serviço, sendo que as portas deste se encontram fechadas e com controlo permanente de entradas e saídas do serviço.

A população-alvo do contexto são as crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos. Em relação ao seu percurso dentro do serviço, o seu primeiro contacto é realizado na entrada junto das secretárias de unidade, que inscrevem a criança no serviço de urgência, migrando esses dados para o sistema de informação utilizado pela equipa de profissionais de saúde, o Sistema Alert®. Posteriormente a criança é chamada à triagem, onde é aplicada a Triagem de Manchester de acordo com a queixa realizada, resultando numa determinada prioridade. A prioridade é definida com uma pulseira que pode ter 5 cores diferentes: vermelha (emergente), laranja (muito urgente), amarela (urgente), verde (menos urgente) e azul (não urgente) (Direção Geral da Saúde, 2018). A cada prioridade correspondem tempos de atendimento diferentes, cuja equipa tenta cumprir com o maior rigor possível (Direção Geral da Saúde, 2018).

Após a triagem, a criança aguarda pela sua chamada para observação por parte da equipa médica e posteriormente, em caso de necessidade, são realizadas determinadas intervenções por parte da equipa de enfermagem, de modo a resolver o problema evidenciado pela criança. Em caso de necessidade de vigilância, a criança permanece internada no serviço, tentando que o internamento não exceda as 72h. Se houver necessidade de manter a vigilância após o período de tempo máximo de permanência no serviço de urgência, a criança é transferida para o serviço de internamento. Consideramos importante referir que, enquanto a criança aguarda pelo

atendimento médico, caso o seu estado geral altere ou caso a família apresente qualquer dúvida, é transmitida a informação de que devem voltar à sala de triagem para que a criança possa ser observada pelo enfermeiro. Desta observação pode resultar a alteração da prioridade se a situação assim o exigir.

Existem alguns protocolos estabelecidos, de como são exemplo o protocolo da dor e da febre, que permitem que o enfermeiro possa intervir prontamente no momento da triagem nomeadamente no âmbito da administração de terapêutica analgésica e antipirético. Nas situações mais urgentes, a triagem da criança é realizada na sala de reanimação concomitantemente com a observação e avaliação da criança. Esta sala detém todo o equipamento necessário para que possa ser dada a melhor resposta possível à situação de urgência/emergência. Nestas situações concretas, são mobilizados os diversos elementos da equipa, de modo a que em caso de necessidade, estes assumam o seu posto durante a reanimação da criança.

Do ponto de vista da continuidade de cuidados, para além de receber crianças referenciadas de Cuidados de Saúde Primários e outros hospitais, o serviço de Urgência Pediátrica dispõe também de um método de reavaliação da criança, ou seja, nas situações em que esta necessita de ser novamente observada, é fornecido um documento que é entregue no dia seguinte na triagem, funcionando com uma referência e atribuindo assim a prioridade que lhe é correspondente.

As situações em que existe suspeita de negligência, maus tratos ou outras situações igualmente gravosas, são sinalizadas e referenciadas aos profissionais e entidades responsáveis por analisá-las.

2.3.2.1. Objetivos e atividades desenvolvidas

Reportando-nos ao objetivo geral de aprendizagem proposto – Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, em diferentes contextos, ao longo do

ciclo de vida – propusemos os seguintes objetivos específicos de aprendizagem para este local de estágio: Prestar cuidados especializados às crianças em situação de urgência/emergência; Desenvolver conhecimentos relacionados com a Triagem de Manchester em Pediatria; Desenvolver competências relativas ao Modelo de Cuidados Atraumáticos em Saúde Infantil e Pediatria; Desenvolver competências no âmbito da identificação de sinais de alarme na criança, ao longo do seu ciclo vital; Conhecer o processo de verificação da sala de emergência, realizada pelo Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; Desenvolver conhecimentos relativamente à realização de cuidados e liderança de equipas; Desenvolver conhecimentos relativamente aos riscos presentes nos cuidados à criança no serviço de Urgência Pediátrica.

Tendo em conta que a nossa presença neste local de estágio iria decorrer ao longo de quatro semanas, foi necessário otimizar a nossa intervenção no sentido de procurar ter o maior número de experiências possível neste período de tempo, de modo a poder dar resposta aos objetivos estabelecidos.

Uma vez que já havíamos tido experiência profissional num serviço de Urgência Pediátrica, procurámos obter os contributos mais específicos da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica neste contexto, isto é, de que forma a prestação de cuidados era influenciada pela presença deste. O facto de a orientação ter sido realizada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica que assume a chefia de equipa foi bastante benéfico nesse sentido, pois permitiu-nos ter uma visão mais geral do serviço e assim perceber como fazer a diferença.

Desde logo e como já referido anteriormente, tivemos a oportunidade de participar na manutenção e verificação da sala de reanimação. Em relação ao equipamento disponível, para além de todo o material acondicionado nos armários da sala (cateteres, seringas, compressas, entre outros), existe também o carro de emergência, que quando aberto dispõe de todo o material necessário para a atuação dos profissionais, evitando assim que estes percam tempo precioso para intervir junto da criança. O carro de emergência conta com insuflador manual (vulgo, “ambu”) de diferentes tamanhos (consoante a faixa etária), terapêutica de emergência, laringoscópio com diferentes lâminas (consoante a faixa etária), tubos orotraqueais, desfibrilhador e outro material necessário para estas situações. O desfibrilhador, os ambus e o laringoscópio são testados e verificados uma vez por turno, ao passo que o carro de emergência

é revisto na sua totalidade uma vez por semana, em geral, no turno da manhã ou da noite. Uma vez que o estágio decorreu em regime de turnos, o nosso percurso pôde ser enriquecido com estas duas experiências. A este nível, pudemos perceber também que tipo de terapêutica faz parte do cofre, ou seja, a terapêutica que antes de ser utilizada deve ser devidamente registada num impresso próprio, indicando o fármaco (nome, dose e via) que vai ser administrado, a criança a quem vai ser administrado e o turno em que essa administração foi realizada.

A comunicação ajustada à faixa etária e ao contexto social e cultural da criança e sua família, foi também um aspeto muito presente neste estágio, na medida em que é imprescindível a colaboração de ambos para alguns procedimentos. A otimização da comunicação é igualmente importante na mediação de conflitos, algo bastante necessário e presente nos cuidados ao nível do serviço de Urgência Pediátrica. Esta função, de um modo geral, é realizada pelo enfermeiro que assume a chefia de equipa, pois é este que assume a responsabilidade pela organização dos turnos em que desempenha essa mesma função.

Na realização de procedimentos, a separação entre as crianças e os pais é minimizada ao máximo, sendo que aos últimos foi permitida a participação nos cuidados à criança nomeadamente ao nível da transmissão de afetos durante alguns procedimentos, facilitando também a imobilização da própria para intervenções que assim o exigiram. Consideramos ainda importante ressaltar que os procedimentos invasivos foram sempre realizados na sala de tratamentos, na sala de pequena cirurgia ou na sala de reanimação, evitando assim a sua realização nos espaços de conforto para a criança. Os desenhos presentes nas paredes e a imaginação guiada, foram as duas formas de estratégia não farmacológica para alívio da dor e da ansiedade mais utilizadas na realização dos procedimentos, momentos que serviam também para explicar o procedimento às crianças. Estes pressupostos vão ao encontro de uma das filosofias de cuidado em Enfermagem de Saúde Infantil, os Cuidados Atraumáticos (Hockenberry & Wilson, 2011). Ao cumprir com todos eles, estamos a minimizar a separação entre a criança e a sua família, a promover uma sensação de controlo sobre a situação por parte da criança, e a minimizar a dor ou ansiedade, os três princípios que formam esta filosofia de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2011). Ainda em relação à sensação de controlo sobre a situação, verificámos que a oferta de diferentes soluções para alcançar o mesmo fim, pode ser uma estratégia utilizada para que exista uma maior aceitação dos nossos cuidados por parte da criança, otimizando assim a adesão ao regime terapêutico.

Ao longo destas quatro semanas, um dos nossos principais focos de interesse foi a triagem. A observação das triagens realizadas pela enfermeira orientadora trouxe importantes contributos para a nossa aprendizagem e desenvolvimento de competências. O que pretendemos realçar primeiramente, é que a queixa de cada criança, podendo ser ou não grave, deve ser sempre valorizada. Da mesma forma, a informação fornecida pela família deve ser ajuizada de igual modo, pois são eles que melhor conhecem a criança e devem ser considerados como peritos nos cuidados à mesma (Casey, 1995). Este *modus operandi* faz respeitar um dos pressupostos de um modelo de cuidados bastante utilizado nos cuidados à criança, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey. A partir da queixa apresentada, a triagem é realizada recorrendo aos discriminadores relacionados e desse modo é atribuída uma prioridade à criança, devendo proceder-se à explicação de sinais de alarme e da possibilidade de realização de retriagem em situações que o justifiquem. O momento da triagem é também um momento privilegiado para colher informações sobre os antecedentes pessoais e as alergias da criança, devendo também ser avaliado o peso corporal. Estas intervenções em particular, potenciam a segurança infantil ao nível deste contexto, uma vez que minimizam alguns riscos e constituem uma barreira aos eventos adversos. O momento da triagem serve também para a promoção da saúde, pois por vezes as famílias necessitam de ensinamentos relativos aos sinais de alarme, aos motivos para recorrer ao serviço de urgência e às intervenções que podem realizar no domicílio antes de recorrer ao serviço em questão, por exemplo, se a criança está com dor, a terapêutica analgésica pode e deve ser administrada atempadamente pelos pais, que devem ter ensinamentos relacionados com a gestão do regime terapêutico. Caso não sejam detentores desses ensinamentos, este contacto pode ser um momento oportuno para os fazer.

A promoção da saúde continua nas unidades de internamento da urgência, devendo promover-se a capacidade dos pais em lidar com determinadas situações, dando-lhes ferramentas para que possam intervir junto da criança e possivelmente evitar idas repetidas à urgência. Nas situações em que as crianças ficam internadas, é possível avaliar aspetos mais concretos como a amamentação, a alimentação da criança/jovem, o risco de queda, a dor, entre outros. Neste sentido, são realizados ensinamentos relativos às necessidades identificadas, desmistificando receios, esclarecendo dúvidas e maximizando a capacidade de resposta de cada família. Devemos sempre demonstrar disponibilidade para qualquer esclarecimento, fomentando assim uma boa relação terapêutica com cada criança/jovem e família e garantindo dessa forma que nos veem como parceiros nos cuidados.

Em relação ao nosso projeto, para dar resposta aos objetivos anteriormente referidos, foi realizada uma reunião informal com a chefia do serviço e com a enfermeira orientadora, no sentido de perceber qual a dimensão do problema e como é que este poderia ser trabalhado junto da equipa, de modo poder obter aspetos positivos da aplicação do mesmo.

O curto período de estágio vigorou-se como uma barreira à aplicação do projeto, uma vez que a nossa intervenção foi curta. De qualquer modo, foi possível desenvolver o projeto nas suas dimensões e alcançar os objetivos definidos.

Começando pela sensibilização da equipa, esta foi possível durante as passagens de turno entre os turnos manhã/tarde e tarde/noite, aproveitando um momento em que a equipa estava toda reunida para poder conversar sobre alguns aspetos relacionados com a segurança infantil do contexto. A importância da notificação foi também elevada, tendo sido realizado um folheto informativo para disponibilizar à equipa sobre os pressupostos relacionados com a segurança infantil e sobre a notificação. Neste folheto incluímos as particularidades referentes às crianças no âmbito da segurança, que lhes conferem uma vulnerabilidade especial face à segurança dos adultos, motivo pelo qual a atenção dos profissionais deve ser redobrada. Pudemos incluir a definição de alguns termos comuns utilizados no âmbito das notificações, bem como aquela que deve ser a nossa postura relativamente à notificação e ao erro, destacando a não culpabilização própria ou do outro e a partilha de informações pertinentes com a equipa, dois aspetos que necessitam de ser trabalhados para que o ambiente ao nível do serviço possa tornar-se mais harmonioso e seguro. O folheto encontra-se em apêndice no final deste trabalho (Apêndice II).

A equipa foi ainda desafiada a partilhar situações de risco que tivessem sido detetadas, de modo a que todos pudessem estar alerta para essas situações e assim minimizar a possibilidade de ocorrência de eventos adversos, esta partilha decorreu dentro daquilo que era confortável para cada pessoa e da conversa resultaram pontos de vista pertinentes sobre as razões para a subnotificação, destacando-se a vontade de todos em otimizar esta prática. As razões apontadas vão ao encontro das já referidas neste relatório, nomeadamente a indisponibilidade de tempo para notificar e a complexidade dos sistemas de notificação. Para dar resposta a estas dificuldades, foi criado um documento tipo sobre um dos riscos mais indicados pela equipa, nomeadamente o risco de violência contra profissionais, contudo, por não se enquadrar na temática da segurança infantil, mas sim na segurança dos profissionais, optámos por não o abordar neste relatório.

Por fim, em conjunto com a enfermeira orientadora, identificámos um risco relacionado com o acondicionamento de terapêutica aquando da arrumação do stock de fármacos recebido pela farmácia. Esta atividade é desenvolvida pela chefia de equipa, podendo contar ou não com a ajuda de um dos restantes elementos da equipa. Ao realizar a arrumação de fármacos nos seus respetivos compartimentos, detetámos que numa das gavetas, destinada a um fármaco concreto, se encontrava outro medicamento de igual aspeto (invólucro e coloração do comprimido). Este aspeto constitui um risco para o erro terapêutico, pelo que foi alvo da nossa atenção e resultou na realização de uma notificação recorrendo ao modelo de notificação presente na Norma 015/2014 da Direção Geral da Saúde, referente ao Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Do ponto de vista da análise do incidente, com base na Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, concluímos que se tratou de um incidente com medicação e não teve consequências para a criança/jovem e sua família (Direção Geral da Saúde, 2011). Em relação às características deste, foi detetado por um enfermeiro no momento de acondicionamento de terapêutica, sendo que se procedeu imediatamente à reorganização das gavetas relativas a ambas as terapêuticas, confirmando assim que o erro não estava repetido (Direção Geral da Saúde, 2011). Como fatores contribuintes, foram identificados o facto de a arrumação de terapêutica ser maioritariamente realizada apenas por um elemento, a apresentação semelhante de ambos os medicamentos e o facto de qualquer pessoa poder aceder ao armário de terapêutica em questão (Direção Geral da Saúde, 2011). Considerámos não existirem consequências diretas para a organização, uma vez que este risco poderia ser trabalhado internamente sem consequências para qualquer parte e como fator atenuante do dano, concluiu-se que deveria ser realizada uma notificação aos serviços farmacêuticos e distinguidos os fármacos semelhantes no seu acondicionamento, alterando as cores da sua identificação nas gavetas, por exemplo (Direção Geral da Saúde, 2011). A notificação foi apresentada à equipa e discutida nas passagens de turno. Esta encontra-se em o final do trabalho (Anexo II). De salientar que apesar de ter sido preenchido o documento referente à norma da Direção Geral da Saúde, o contexto possui um sistema de notificação próprio, pelo que a mesma deveria ser realizada nesse sistema para que o problema pudesse ser reconhecido pela equipa de gestão de risco da organização em questão.

Pensamos ser pertinente ressaltar que o cumprimento dos critérios de segurança antes de administrar qualquer fármaco devem ser sempre respeitados, contudo, como já referido no início do relatório, a componente humana da nossa intervenção não nos permite assegurar que

os erros não ocorram. Posto isto, devem ser criadas barreiras, tantas quanto possível, para que a ocorrência de erros e eventos adversos, possa ser minimizada.

Os critérios de segurança estabelecidos antes de proceder à administração de qualquer terapêutica, estão descritos na Norma 014/2015 referente ao Processo de Gestão da Medicação, que nos indica que previamente à administração de fármacos, devemos identificar claramente qual o medicamento, a dose, a via, a frequência, a hora e a pessoa a quem este vai ser administrado (Direção Geral da Saúde, 2015). Já as intervenções definidas para reduzir o risco, reportam-se à Norma 020/2014 referente aos medicamentos com nome e aspeto semelhantes. Esta norma diz-nos que nestas situações, devem ser estabelecidas medidas ao nível do armazenamento com a separação dos fármacos e a sinalização com cores ou grafismo diferente (Direção Geral da Saúde, 2014).

2.3.3. Serviço de internamento de pediatria – estágio final: módulo B

O terceiro estágio desenvolveu-se num Serviço de Internamento de Pediatria, com a especificidade de acolher crianças com patologia oncológica. Esta escolha surgiu pelo entendimento de que uma experiência num serviço destas características seria extremamente enriquecedora, tanto a nível pessoal quanto a nível profissional, maximizando os conhecimentos e as competências relativos à promoção do conforto e humanização dos cuidados, algo tão necessário no cuidar em Pediatria.

Estruturalmente, o serviço conta com diversos quartos que se distinguem por serem individuais (de isolamento) ou partilhados, quarto de vigilância (Unidade de Cuidados Intermédios), sala de Enfermagem, sala de brincar, sala de estudo e casas de banho com chuveiro.

A entrada das crianças no serviço pode ocorrer de duas formas: via urgência, se já existir diagnóstico, ou via internamento eletivo, se se tratarem de novos casos. Durante o internamento da criança neste serviço, são realizados tratamentos médicos e cirúrgicos,

destacando-se a colocação de cateteres centrais, evitando assim que as crianças necessitem de ser puncionadas diversas vezes para a administração de terapêutica ou para a realização de colheitas de sangue. Durante o internamento são realizados diversos ensinamentos referentes ao estado de saúde da criança, ao risco de infeção e aos cuidados particulares a cada criança, de acordo com as características da sua patologia.

O serviço está desenhado de modo a que o ambiente possa ser o mais confortável possível, sendo que as crianças, se não estiverem em situação de isolamento, são encorajadas a andar pelos corredores e a brincar com as outras crianças, com bonecos, jogos e a realizar outras atividades. Caso estejam em isolamento, são as atividades que vêm até elas, sendo que existem educadoras e animadoras destacadas para realizarem atividades lúdicas e de aprendizagem com estas crianças em particular. Cada quarto está equipado com televisão, onde as crianças podem ver os programas de que gostam, contudo, se puderem sair dos seus quartos, as crianças são encorajadas a socializar para que possa ser evitado o isolamento comum nas crianças com este tipo de patologia (Bryant, 2003).

A Unidade de Cuidados Intermédios ou quarto de vigilância, é utilizado apenas se existir qualquer agravamento da situação da criança. Este quarto situa-se junto da sala de trabalho de Enfermagem, para que os Enfermeiros possam estar mais próximos das crianças e suas famílias, bem como realizar a monitorização ininterrupta de sinais vitais. A realização de imunoterapia é também realizada neste quarto, pois durante a administração de terapêutica imunológica é necessário reajustar ritmos de perfusão e avaliar sinais vitais em curtos períodos de tempo, sendo que existem protocolos para este tipo de tratamento.

Durante a semana, existem dias em que as crianças contam com a visita de organizações voluntárias que pretendem diverti-las cantando canções, histórias e piadas ajustas à sua idade.

Em situações particulares, é dada a possibilidade da criança e da família regressarem a casa ou realizarem pequenos períodos de férias, para reduzir assim o impacto do internamento e poder proporcionar momentos de conforto e alegria a ambos, podendo assim também facilitar o contacto com alguma família mais alargada.

Por fim, em relação aos registos, o sistema utilizado é o sistema de informação SClínico®. Para o registo de administração de terapêutica, é utilizado um sistema específico da organização.

2.3.3.1. Objetivos e atividades desenvolvidas

Para dar resposta ao objetivo geral de aprendizagens definido - Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida - foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos para este local de estágio: Prestar cuidados especializados à criança com patologia oncológica; Desenvolver conhecimentos relacionados com a promoção do conforto à criança com patologia oncológica; Treinar a utilização de estratégia de brincar, enquanto promotora do conforto; Desenvolver conhecimentos relativos à preparação e administração de quimioterapia; Desenvolver competências relativas aos modelos de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Relativamente ao cancro, o Instituto Português de Oncologia (IPO), indica-nos que se trata de uma condição clínica em que ocorre uma divisão celular excessiva, mais especificamente de células com alterações do seu material genético (Instituto Português de Oncologia, 2018). Estas por sua vez possuem mutações e multiplicam-se de forma descontrolada, provocando alterações nas pessoas cujo organismo não é capaz de as eliminar através dos seus processos de defesa normativos (Instituto Português de Oncologia, 2018). A prestação de cuidados especializados a crianças com este tipo de patologia, deve assentar então na perceção de que as crianças necessitam de ser submetidas a tratamentos que são bastante violentos para o seu organismo, desencadeando uma série de efeitos secundários que lhe causam mau estar, a si e à sua família, gerando uma grande ansiedade e bastantes dúvidas (Bryant, 2003). Estes efeitos, segundo os Padrões Europeus de Cuidados às Crianças com Cancro, emitido pela Sociedade Europeia para a Pediatria Oncológica (SIOPE), devem ser monitorizados imediatamente após o diagnóstico, durante o tratamento e após este, preparando a criança e a família para o que vão enfrentar e atuando assim sobre os efeitos imediatos e a longo prazo dos citotóxicos (Sociedade Europeia para a Pediatria Oncológica, 2009).

A nossa intervenção deu-se no sentido de perceber a real dimensão dos efeitos causados à criança pelos tratamentos e de que forma poderiam estes ser minimizados, ou de que forma poderíamos proporcionar um melhor bem-estar à criança. Os efeitos secundários em que tivemos oportunidade de intervir foram a diminuição do apetite, o isolamento, a dor e a mucosite. Para obter um maior controlo de todos estes efeitos, contámos com a colaboração da equipa multidisciplinar, sendo que recorremos à nutricionista e à equipa médica, para poder dar resposta à diminuição da ingesta e à dor. Deste modo, a personalização das dietas e a otimização das prescrições médicas em termos de analgesia, configuram-se extremamente importantes para que a criança possa sentir-se mais confortável. Em relação aos outros efeitos mencionados, existem alguns protocolos que permitem uma intervenção autónoma/interdependente dos enfermeiros, desde logo na realização de soluções de higienização oral para a prevenção da mucosite. A mucosite é uma inflamação ulcerativa da mucosa oral e gástrica, resultado de quimioterapia, radioterapia, trauma, higiene oral deficiente, neutropenia, trombocitopénia ou défices nutritivos (Bryant, 2003). Corresponde a uma das principais problemáticas das crianças com cancro (cerca de 80% das crianças submetidas a tratamentos como quimioterapia e radioterapia desenvolve mucosite), pode manifestar-se de forma moderada ou severa e pode resultar no adiamento de tratamentos, causando constrangimentos à criança, família e profissionais de saúde (Miller, Donald & Hagemann, 2012). Quando se manifesta na sua forma severa, está associada a um aumento de risco de mortalidade em cerca de 40% (Miller, Donald & Hagemann, 2012). A mucosite pode associar-se à necessidade de administração de alimentação via parentérica, ao aumento do risco de infeção, ao aumento da dor e do desconforto da criança (Miller, Donald & Hagemann, 2012). Pelo referido, a inspeção da cavidade oral é realizada diariamente e é estabelecido um plano de higiene oral. São realizados ensinamentos às crianças e às suas famílias sobre as características que a escova de dentes deve ter (deve ser macia) e sobre a preparação das soluções orais para higienização da boca, demonstrando-se disponibilidade para retirar qualquer dúvida em qualquer momento.

Os efeitos psicossociais têm também algum impacto na criança, levando-a a isolar-se das restantes pessoas. Procurámos também intervir nesse sentido, conversando com as crianças e com as famílias, pois ambas devem ser encorajadas a expressar os seus sentimentos com a equipa multidisciplinar, podendo assim criar um ambiente terapêutico entre as partes e realizar intervenções de acordo com a necessidade e com aquilo que é esperado por cada um (Bryant, 2003). Ainda neste âmbito, tentámos que as crianças brincassem fora do quarto, levando-as até

à sala de brincar onde ficavam na companhia das educadoras e de outras crianças. Esta intervenção possibilitava também que as famílias pudessem ter alguns períodos de descanso ao longo do dia. Consideramos que é pertinente referir que os pais eram encorajados a trocar entre eles, ou seja, evitando ao máximo que um deles ficasse sobrecarregado e possibilitando ao outro a pernoita junto da criança. Caso exista necessidade de se ausentarem do serviço por qualquer motivo, a criança fica ao cuidado da equipa de enfermagem ou de outro profissional. Estes dois últimos aspetos referidos eram especialmente utilizados caso existissem irmãos, criando assim oportunidades para que pai e mãe pudessem estar com os outros filhos, reduzindo assim a ansiedade familiar.

Uma vez que neste local de estágio é utilizado o sistema de classificação de doentes, proposto pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a distribuição é realizada de acordo com a complexidade dos cuidados, ou seja, de modo a que a resposta de cada enfermeiro possa ser otimizada e assim promovida a qualidade na prestação de cuidados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2011). Tendo em conta esta questão, pudemos promover a escuta ativa e disponibilizar apoio emocional sem *timings* definidos, o que se revelou muito importante pois existem famílias com necessidades mais complexas e como tal, é necessário dispor de mais tempo para poder corresponder às suas necessidades. Esta característica do contexto é particularmente importante para a realização de ensinamentos, pois facilita e possibilita o devido esclarecimento de dúvidas e o treino de competências parentais ao nível dos cuidados mais complexos à criança, resultando desse modo uma parceria de cuidados mais eficaz. Este aspeto constitui-se também como facilitador na gestão da doença e na preparação para a realização de procedimentos, isto porque as alterações que podem resultar dos tratamentos realizados devem ser devidamente comunicadas e os receios devidamente desmistificados. Deve por isso existir disponibilidade por parte da equipa para conversar sobre estes assuntos, realçando a importância de assumir uma comunicação totalmente honesta, isto é, explicar concretamente quais os efeitos que podem resultar dos tratamentos (alopécia, aumento ou diminuição do peso, alterações cutâneas, entre outros) e o que se pode esperar da realização de determinado procedimento (Bryant, 2003). A resposta imediata pode não ser positiva, mas esta atitude vigora-se como imprescindível pois assim não existem expectativas frustradas e caso alguns dos efeitos referidos não se façam sentir, existe um aumento da esperança e do bem-estar. Uma intervenção a este nível reforça a segurança e a confiança nos cuidados (Bryant, 2003).

Ainda em relação ao exposto anteriormente, importa indicar que a avaliação céfalo-caudal da criança é realizada uma vez por turno, sendo esse momento utilizado para colher as necessidades para aquele turno em questão, organizando-se os cuidados a partir da informação obtida. Este contacto é também utilizado para vigiar e realizar ensinamentos sobre os sinais de alarme (sinais de hemorragia; sinais de infeção; sinais de úlcera por pressão; entre outros), verificar a identificação da criança através de pulseira, validar a informação referente às alergias e combinar com a criança qual o plano para o dia, exaltando-se o respeito pelos momentos de descanso da criança (horas de sono) e pelo estabelecimento de uma rotina por parte da própria (Bryant, 2003). A condição de não realizar a higiene neste contexto não se aplica devido ao controlo de infeção, podendo apenas ser acordado o período em que a mesma irá ocorrer.

O respeito cultural esteve também bastante presente nos cuidados, uma vez que para ultrapassar a barreira linguística foram utilizadas imagens e tradutor, consoante disponibilidade. Estas estratégias permitem otimizar a comunicação entre ambas as partes e assim intervir nas necessidades específicas das crianças e famílias em questão.

Em termos da realização de procedimentos, para além da preparação prévia já referida anteriormente, salvaguarda-se ainda que estes não são realizados no quarto da criança, pelo que estas são transportadas até à sala de tratamentos para que a intervenção possa ser realizada. Os pais acompanham as crianças durante todo o processo e são utilizadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, como a administração de terapêutica e a utilização de meios audiovisuais para poder proporcionar conforto e distração à criança. Estas intervenções relacionam-se com o modelo de Cuidados Atraumáticos, que é bastante respeitado neste contexto, evitando-se ao máximo o sofrimento da criança (Hockenberry & Wilson, 2011).

O modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey assume igual destaque, resultando na colaboração efetiva entre as famílias e a equipa de profissionais de saúde. Foi possível observar a real dimensão da parceria de cuidados, isto é, a capacitação da família em participar nos cuidados de forma ativa (cuidados de higiene, higiene oral, monitorização da urina, entre outros) e a participação do enfermeiro na componente afetiva, brincando com a criança na ausência dos pais ou quando estes se encontravam a descansar, por exemplo (Casey, 1995; Casey & Mobbs, 1988).

Foi-nos também possível desenvolver conhecimentos e competências em relação ao risco de infeção, nomeadamente ao nível da realização de procedimentos recorrendo à técnica estéril e à utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI's) de acordo com o tipo de isolamento. A realização dos processos de enfermagem de acordo com a minimização deste risco foi também treinada, sendo que para evitar infeções, as trocas dos sistemas e as trocas de pensos, eram realizadas de acordo com determinada periodicidade definida em conjunto pela equipa de profissionais de saúde com base na evidência científica. Explicar aquilo em que consiste o isolamento é também extremamente importante, para que a criança perceba que não se trata de um castigo, mas sim de zelar pelo seu bem maior.

Finalmente, em relação à terapêutica, observámos que existe uma constante preocupação em garantir que esta é preparada com a máxima segurança. Aqui podemos evidenciar a realização da dupla verificação em praticamente toda a preparação e administração de terapêutica. A dupla verificação é apenas mandatória na preparação e administração de citotóxicos (na quimioterapia), terapêutica imunológica (na imunoterapia) e hemoderivadas (na terapia transfusional). Nos restantes casos é facultativa, contudo, uma vez que se trata de um contexto tão específico e complexo, os enfermeiros utilizam esta estratégia de segurança recorrentemente. A verificação é realizada ao nível dos cálculos de dosagem, do ritmo de perfusão e dos ajustes que necessitam de ser realizados a este ritmo no caso da imunoterapia. A avaliação de sinais vitais antes, durante e após a administração da terapêutica destacada anteriormente, é igualmente mandatória, percebendo assim se existem quaisquer reações adversas à administração e podendo proceder em conformidade. A preparação de citotóxicos é realizada na farmácia, contudo, por existir risco de derramamento ao colocar e expurgar os sistemas de perfusão, são utilizadas luvas, batas e máscaras com viseira, aumentando assim a segurança do profissional. Caso exista derramamento na pele do profissional, da criança ou do familiar, existem protocolos em vigor que indicam quais as intervenções a realizar de acordo com o citotóxico derramado. Antes proceder à administração deste tipo de terapêutica, é também muito importante perceber se o cateter venoso central se encontra permeável, evitando-se assim o extravasamento interno e as complicações que daí podem advir.

Em relação ao projeto, procurámos dar resposta aos objetivos definidos para o mesmo. Foi realizada uma reunião com a chefia de enfermagem e a enfermeira orientadora, de modo a estabelecer em que moldes poderíamos desenvolver o projeto.

Ao nível da sensibilização da equipa para a identificação de riscos relacionados com a segurança infantil, detetámos que pelas exigências do próprio serviço, dada a condição de vulnerabilidade em que as crianças se encontram, existiam já uma série de estratégias implementadas para que o ambiente pudesse tornar-se mais seguro. Contudo, denotámos que, ao nível do sistema de terapêutica, existiam algumas falhas nas indicações sobre a preparação desta. O sistema em questão indica o nome do fármaco, a dose, a via e a forma de preparação, existindo algumas lacunas ao nível desta última. A equipa sabendo deste pormenor procurava outras vias para encontrar a informação correta relacionada com a preparação dos fármacos, contudo, de acordo com a teoria de James Reason já apresentada neste trabalho, o facto de existir uma lacuna que não é corrigida, leva a uma maior fragilidade no sistema e pode resultar em erros (Reason, 2004). Partindo desse pressuposto, decidimos realizar uma notificação recorrendo ao modelo da Norma 014/2015 do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA.

Baseando-nos na Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente, inferimos que se trata de um incidente com medicação, ao nível da prescrição e que não teve consequências para a criança/jovem e família (Direção Geral da Saúde, 2011). O incidente foi detetado por um enfermeiro no momento da validação das prescrições, que procurou alternativas para que pudesse proceder à preparação correta do fármaco em questão, recorrendo à equipa farmacêutica através de contacto telefónico (Direção Geral da Saúde, 2011). Como fatores contribuintes, identificámos que o facto de não existir qualquer controlo no sistema por parte da equipa profissional, não permitia a resolução do problema (Direção Geral da Saúde, 2011). Considerámos que este aspeto constituía um risco, mas sem consequências diretas para a organização, desde que devidamente identificado e comunicado aos profissionais, sendo de especial importância a comunicação a novos elementos do serviço ou a estudantes que realizem estágio no próprio (Direção Geral da Saúde, 2011). Relativamente aos fatores atenuantes do dano, uma vez que o erro persistia em diferentes prescrições, foi alertada toda a equipa acerca do ocorrido e foi realizada uma notificação exemplo da situação, que caso as entidades responsáveis pelo serviço entendem-se, poderia ser realizada no sistema de identificação do contexto (Direção Geral da Saúde, 2011). Este sistema de notificação é próprio desta instituição e não possui uma ligação com o NOTIFICA, pelo que para a organização tomar conhecimento da situação, a equipa deve notificar no sistema institucional. A notificação realizada encontra-se em anexo (Anexo III).

2.3.4. Serviço de internamento de pediatria – estágio final: módulo C

O último estágio do percurso realizado no Curso de Mestrado em Associação com Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, o Módulo C da Unidade Curricular de Estágio Final, decorreu durante oito semanas e foi realizado num serviço de Internamento de Pediatria com características distintas do realizado no Módulo B.

Do ponto de vista estrutural, este serviço é composto por quartos de internamento singulares e partilhados, reservando-se os quartos individuais para situações de especial complexidade ou de isolamento. O isolamento pode também ser aplicado nos quartos partilhados, ficando uma cama de coorte para minimizar o risco de infeção. Conta ainda com uma área destinada ao hospital de dia, sala de tratamentos, sala de trabalho de enfermagem, sala de registos e reuniões, casa de banho com chuveiro, sala de refeições para a família, balneário para a família, sala de preparação de leites e sala das educadoras, onde as crianças vão desenvolver atividades lúdicas e de aprendizagem, podendo realizar os seus trabalhos de casa escolares nessa mesma sala ou no quarto.

A entrada das crianças no serviço pode dar-se de três formas diferentes: por transferência do serviço de urgência pediátrica, por transferência de outro serviço de internamento (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos ou serviço de Neonatologia) ou eletivamente, quando são internadas para serem submetidas a cirurgia, para realizar qualquer exame complementar com necessidade de vigilância ou para descanso do cuidador.

O hospital de dia funciona de forma independente, isto é, tem a sua própria agenda. Aqui são realizados procedimentos como administração de antibióterapia, administração de terapêutica imunológica, administração de hemoderivados e administração de toxina botulínica, entre outros.

Tal como é característico em todos os serviços de Saúde Infantil e Pediatria, a separação das crianças e família é minimizada ao máximo, podendo a criança estar acompanhada durante 24h. No período da noite, pela logística do serviço, apenas é possível um familiar acompanhar a criança, salvo algumas exceções.

Em situações de doença crónica recente, é dada a possibilidade da criança deslocar-se até ao seu domicílio durante o fim de semana (ao fim de algum tempo de internamento), com a principal finalidade de ajudar a família na preparação para a alta. Antes destas iniciativas, é garantido que durante o período em que se vão encontrar fora do serviço, todos os recursos necessários são mobilizados para obter uma boa experiência e assim aumentar a confiança familiar nos cuidados. Importa reforçar que durante o período em que estão ausentes do serviço, a vaga fica reservada para o reingresso. O serviço mantém-se contactável 24h por dia e é demonstrada a disponibilidade para os pais poderem contactar sempre que considerarem necessário, sendo que este aspeto se repete com todas as crianças e famílias, não só com as crianças com doença crónica.

O serviço conta ainda com um sistema de articulação de cuidados, sendo estabelecido contacto com os Cuidados de Saúde Primários aquando da alta da criança, sempre que assim for considerado pertinente. Nas crianças que vão sair do hospital pela primeira vez, este contacto é sempre realizado, com a principal finalidade de poder facilitar a inscrição da criança nas unidades de saúde. Ainda a este nível, as cartas de alta são preparadas a partir do momento do internamento, sendo atualizadas pelo enfermeiro responsável pela criança em questão e entregues às famílias no momento da alta.

Reportando-nos ao método do enfermeiro responsável, é pertinente referirmos que são designados cerca de dois enfermeiros para assumirem a responsabilidade de atualizar o processo de enfermagem durante o internamento e reunir com a família para perceber as suas necessidades. Todos os outros enfermeiros podem igualmente fazê-lo, contudo tenta-se que existam sempre alguns elementos de referência, facilitando assim a transmissão de informação e evitando que esta se disperse.

Cada elemento da equipa de enfermagem integra grupos de trabalho, que desenvolvem projetos em variadas áreas, de como são exemplo os cuidados paliativos, a dor, os registos de enfermagem e a gestão do risco.

Relativamente aos registos, é utilizado o sistema de registo de enfermagem SClínico®. Para a administração de terapêutica, é utilizado um sistema anexo que migra os dados para o SClínico®. A utilização deste sistema anexo prende-se com o facto de possibilitar uma melhor visualização

sobre as prescrições, minimizando assim o risco de ocorrência de eventos adversos relacionadas com a administração de terapêutica.

2.3.4.1. Objetivos e aprendizagens desenvolvidas

De forma a dar resposta ao objetivo geral de aprendizagem definido para os locais de estágio - Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família, em diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida - foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos para este local de estágio: Prestar cuidados especializados à criança internada em ambiente hospitalar; Prestar cuidados especializados à criança com doença crónica; Prestar cuidados especializados à criança em situação aguda de doença; Desenvolver competências relativamente aos modelos de cuidados em Saúde Infantil e Pediatria; Desenvolver competências relativamente à avaliação do desenvolvimento infantil; Observar a prestação de cuidados ao recém-nascido de pré-termo em situação complexa de doença; Observar a prestação de cuidados em ambulatório à criança em situação de doença crónica.

No decorrer das oito semanas procurámos ter experiências em todas as valências que este serviço nos podia oferecer.

Ao nível da prestação de cuidados, pudemos participar ativamente nesta, ficando responsáveis pelos cuidados e pelos registos em determinados turnos realizados. Neste sentido, foi possível prestar cuidados a crianças em situação de doença crónica, resultando daqui importantes contributos para o nosso desenvolvimento de conhecimentos e competências. Para além dos cuidados de higiene e conforto, com evidentes cuidados relativamente à privacidade da criança, à temperatura da água e ao seu *timing* (procura-se que a criança decida em que momento quer realizar a higiene), aqui foi-nos dada a possibilidade de realizar os cuidados à traqueostomia, desde a limpeza do estoma com soro fisiológico à otimização de todo o sistema de traqueias, obtendo também contributos relacionados com a ventilação não invasiva. A técnica de aspiração de secreções foi também por nós treinada, salvaguardando-se o cumprimento da assepsia e minimizando assim o risco de infeção respiratória. Os cuidados ao

estoma de alimentação, designado PEG ou gastrostomia, foi também uma das experiências vivenciadas. Durante todos estes momentos a família esteve sempre presente, tendo sido possível realizar ensinamentos referentes a este tipo de cuidados.

À semelhança da experiência obtida no estágio anterior, o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey esteve também bastante presente neste contexto, existindo um constante empenho em que a família participasse nos cuidados à criança. Inclusivamente, uma das aprendizagens desenvolvidas neste contexto, foi a de aquando da realização de procedimentos à criança, a família deve estar sempre presente, de forma a minimizar a ansiedade e a transmitir confiança nos cuidados. Nas situações em que a família necessita de se ausentar do serviço, a necessidade e a pertinência dos cuidados são avaliadas, de modo a perceber se estes necessitam de ser realizados com urgência ou se é possível aguardar a chegada da família, otimizando assim a nossa resposta e salvaguardando o bem-estar da criança, correspondendo às suas expectativas e agindo de acordo com as suas necessidades. A realização de ensinamentos é recorrente no contexto, sendo que as famílias participam ativamente nos cuidados. Por seu lado, os profissionais, imbuem as suas intervenções de carinho para que o conforto da criança seja garantido, destacando-se aqui a recreação da criança e a promoção do seu bem-estar, mesmo quando a família necessita de estar ausente. Esta reciprocidade na prestação de cuidados tem subjacentes a proteção, o estímulo e o amor, exaltando a parceria de cuidados e indo ao encontro dos pressupostos da teoria de Anne Casey, nunca esquecendo que para obter os resultados esperados, deve ser estabelecida uma parceria efetiva, pois apenas trabalhando em conjunto, profissionais e peritos nos cuidados à criança (família), é possível dar a resposta de que a criança necessita (Casey & Mobbs, 1988).

A técnica do brincar foi também muito utilizada e existiu uma constante preocupação com o conforto da criança neste sentido, evitando o isolamento e permitindo que a criança pudesse divertir-se durante o período de internamento, conferindo desse modo alguma normalidade a esta fase da sua vida. O envolvimento das educadoras foi precioso nesse sentido, estabelecendo-se aqui também uma parceria de cuidados para poder proporcionar momentos lúdicos à criança e assim reduzir a sua ansiedade e melhorar o seu conforto.

O modelo de Cuidados Atraumáticos é também utilizado na prática do serviço, sendo que os procedimentos invasivos são realizados, preferencialmente, na sala de tratamentos. Caso esta esteja ocupada, estes podem ser realizados na área destinada ao hospital de dia. Os quartos da

criança apenas são utilizados para procedimentos considerados urgentes/emergentes, ou seja, procedimentos dos quais o bem-estar da criança dependa, ou seja, caso o seu estado geral sofra qualquer deterioração e seja necessária uma rápida intervenção. Estas intervenções vão ao encontro dos pressupostos deste modelo de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2011). Ainda neste sentido, para a realização de procedimentos como as punções venosas, é utilizada uma terapêutica tópica anestésica, que deve ser colocada cerca de 1h antes da realização do procedimento e protegida com um penso oclusivo/impermeável, possibilitando assim a sua atuação a nível tópico e proporcionando uma redução da dor aquando da realização dos procedimentos (Direção Geral da Saúde, 2012). Outra estratégia implementada no serviço, é a utilização de protóxido de azoto, que tal como descrito na Norma 022/2012 da Direção Geral da Saúde, sobre as orientações para o controlo da dor em procedimentos invasivos em Pediatria, deve ser utilizado caso exista necessidade de assegurar a imobilização ou relaxamento da criança, reduzindo assim a sua ansiedade e evitando a necessidade de repetição do procedimento (Direção Geral da Saúde, 2012). O efeito do protóxido de azoto, que se trata de um gás inalatório, faz-se sentir entre 2 a 5 minutos após o início da sua administração, podendo os seus efeitos fazerem-se sentir até 5 minutos após a suspensão da administração (Direção Geral da Saúde, 2012). Não deve ser utilizado por um período superior a 1h e a criança deve estar monitorizada para a sua utilização (Direção Geral da Saúde, 2012). Da nossa experiência neste local de estágio, ambas as estratégias resultam, sendo que o protóxido de azoto demonstra ser mais eficaz uma vez que seda a criança e permite que esta fique mais relaxada. A terapêutica anestésica tópica, apesar de reduzir a dor, não tem tanto efeito sobre a ansiedade da criança pelo que, quando é utilizada apenas esta técnica, é necessário recorrer à imobilização.

Outras estratégias por nós utilizadas foram a minimização da separação entre as crianças e a família e a utilização de meios audiovisuais como vídeos no telemóvel, estratégias que permitiram potenciar o conforto da criança e assim obter uma melhor colaboração da sua parte.

No hospital de dia, para além da administração de hemoderivados e de imunoterapia, pudemos observar também a administração da toxina botulínica, que é utilizada em crianças com paralisia cerebral para a prevenção ou tratamento da espasticidade e da dor associada à mesma (Moawad & Abdallah, 2015). A sua ação é mais eficaz, segundo alguma literatura, em crianças até aos 8 anos, pelo que a intervenção precoce nesse sentido é de crucial importância (Moawad & Abdallah, 2015). Para a realização dos três procedimentos referidos, é necessária a

monitorização da criança, acrescentando-se que para a administração de hemoderivados e de imunoterapia, foi realizada a dupla verificação e a avaliação de sinais vitais de acordo com o estabelecido (antes de iniciar, durante e no final da administração), cumprindo-se assim com o indicado pela Direção Geral da Saúde nas Normas 038/2012 e 014/2015, referentes à administração de hemoderivados e ao processo de gestão de medicação, respetivamente (Direção Geral da Saúde, 2012; Direção Geral da Saúde, 2015).

Por fim, outra das experiências que obtivemos ao realizar estágio neste contexto, foi a realização da consulta pré-operatória, em que os enfermeiros recorrem a uma apresentação sobre todo o percurso que a criança irá realizar no dia da sua cirurgia, bem como à apresentação de algum material como máscaras, cateteres, pensos, entre outros. Em determinadas faixas etárias, é utilizado um livro com imagens alusivas à cirurgia, de modo a que as crianças/jovens possam perceber qual a dimensão real da ferida, qual o aspeto do penso e quais as alterações à sua aparência. Esta consulta permite desmistificar receios e esclarecer dúvidas, contribuindo assim para que a criança esteja o mais preparada possível para o dia da sua cirurgia, com menos receios e com mais confiança na equipa de profissionais de saúde. A consulta revela-se uma estratégia particularmente importante na adesão ao regime terapêutico, pois permite a antecipação de cuidados e a colaboração pronta da criança após a cirurgia.

Relativamente ao projeto, consideramos que este foi o local de estágio em que conseguimos desenvolvê-lo da melhor forma. A chefia, a orientadora e toda a equipa, demonstraram bastante interesse no projeto e facilitaram a sua aplicação, participando ativamente nas atividades desenvolvidas.

Face ao exposto no parágrafo anterior, consideramos pertinente indicar novamente os objetivos do projeto. Estabelecemos como objetivo geral: promover a cultura de segurança nos diferentes contextos de Saúde Infantil. Os objetivos específicos definidos foram: identificar riscos para a segurança infantil nos contextos, sensibilizar as equipas para a identificação de situações de risco para a segurança infantil, identificar os sistemas de notificação utilizados pelas equipas e realizar uma notificação referente a um risco identificado no contexto.

Para corresponder aos objetivos edificados, na primeira semana de estágio, foi realizada uma reunião com a chefia de enfermagem do serviço, a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável pela área de formação, tendo sido decidido que uma vez que a segurança infantil

se trata de uma temática tão vasta, a solução passaria por trabalhar uma fragilidade do próprio contexto. Tendo em conta este aspeto, optou-se por trabalhar a temática do Circuito do Medicamento, mais concretamente medidas para reduzir o risco de ocorrência de eventos adversos com terapêutica, procurando intervir multidisciplinarmente. Deste modo, na segunda semana de estágio, foi realizada uma reunião em conjunto com a chefia de enfermagem do serviço, a enfermeira orientadora, as enfermeiras responsáveis pela gestão do risco do serviço e o médico diretor do serviço. Uma vez que não existia um elemento da equipa médica responsável pela área da gestão do risco clínico, a primeira medida tomada pelos responsáveis do serviço foi nomear um elemento da equipa médica para desempenhar as referidas funções. Após essa tomada de decisão, foi possível reunir com os elementos referidos e estipular um plano de atuação no serviço.

Da reunião resultaram então alguns aspetos relevantes para o projeto: A notificação de incidentes é importante, contudo a nossa atuação deve incidir na prevenção; A notificação de incidentes relativos á terapêutica, por exemplo, erros de prescrição, incidentes relacionados com a preparação e administração de terapêutica, não adoção de comportamentos seguros na preparação de terapêutica, entre outros, poderá ser realizada internamente através de uma atividade a realizar; A realização de atividades que visem aumentar a segurança na preparação e administração de terapêutica, deve ser uma prioridade.

Tendo em conta os contributos dados, concluímos que poderiam ser realizadas algumas atividades, tais como: Atividade no âmbito da promoção de notificações internas no serviço; Auditoria interna ao processo de preparação e administração de terapêutica; Realização de uma apresentação sobre a segurança infantil no âmbito do risco de incidentes com terapêutica. Para podermos implementar estas atividades junto da equipa e apresentar os dados obtidos a partir destas, foi realizado um pedido de autorização à chefia do serviço, em que asseguramos o anonimato e confidencialidade do serviço e de todos os participantes que realizaram notificações e participaram na auditoria (Apêndice III). O apêndice encontra-se sem elementos identificativos por uma questão de confidencialidade. Deste modo, cumprimos com os princípios éticos inerentes à realização deste projeto e com a vontade expressa dos elementos responsáveis pelo serviço.

Em relação à notificação, foi implementada uma atividade no serviço designada *Safebox*: Partilhar para melhorar (nome atribuído à atividade após contributo da docente coorientadora),

com o principal intuito de permitir a realização de notificações internas no serviço relacionadas com o circuito do medicamento e evitar assim a exposição dos incidentes particulares do contexto. Esta abordagem foi escolhida a partir do acordo estabelecido entre a chefia, a enfermeira orientadora e os dinamizadores do projeto, discente e docentes orientadores. A abordagem em questão não é errada, sendo que o que se preconiza é a identificação de riscos e a implementação de estratégias que os minimizem, tornando os contextos mais seguros, podendo esta notificação ser interna ou não (Ministério da Saúde, 2015; Direção Geral da Saúde, 2015; Pham, Girard & Pronovost, 2013). Esta estratégia de notificação vai ao encontro das estratégias definidas no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, que indica que a realização de reuniões entre os profissionais de saúde, os sistemas de alerta de segurança e as auditorias internas, devem ser aplicadas, para que as organizações possam estar menos vulneráveis ao erro (Ministério da Saúde, 2015). Ressalvamos aqui que não foi realizada uma notificação com base no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, pois as entidades responsáveis pelo serviço optaram por trabalhar estas questões internamente e criar um modelo facilitador de notificações internas.

A atividade *Safebox*: Partilhar para melhorar foi aplicada durante um período de quatro semanas, tendo resultado num total de dez notificações. O documento explicativo da atividade encontra-se em apêndice (Apêndice IV), bem como o impresso no qual foram realizadas as notificações (Apêndice V).

As notificações realizadas distinguiram-se em incidentes de prescrição (5), de administração (2), de acondicionamento (1) e outros (2). Não foram notificados incidentes relacionados com a preparação de terapêutica (0). Os incidentes notificados, mais objetivamente, foram:

Incidente de prescrição:

- Prescrição em mililitros em vez de miligramas;
- Prescrição em miligramas em vez de gramas;
- Terapêutica suspensa oralmente, mas manteve-se prescrita no sistema informático;
- Terapêutica suspensa no sistema, mas havia indicação para manter;
- Terapêutica prescrita em suporte de papel já não utilizado no serviço.

Incidente de administração:

- Administração de terapêutica não registada em sistema (duas notificações).

Incidente de acondicionamento:

- Terapêutica sem data de abertura e data de validade, após utilização.

Outros:

- O sistema informático indica a dose errada em mililitros;
- A terapêutica prescrita não se encontrava na unidose da criança.

Durante o período em que decorreu a atividade, procurámos identificar claramente o percurso do medicamento e aprofundar o nosso conhecimento referente à tipologia de incidentes relacionados com a gestão do regime medicamentoso, sendo que a Direção Geral da Saúde emanou quatro normas bastante elucidativas nesse sentido: Norma 014/2015 – Medicamentos de alerta máximo; Norma 014/2015 – Processo de Gestão da Medicação; Norma 020/2014 – Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes; Norma 018/2016 – Reconciliação da medicação. Da leitura das normas e de outras fontes, pudemos verificar que os incidentes podem ocorrer em qualquer contexto e estar relacionados com qualquer intervenção, tal como realçado por James Reason (Reason, 2004).

Durante as semanas de estágio pudemos ainda confrontar algumas práticas realizadas no serviço com o preconizado pela Direção Geral da Saúde, resultando na colheita de comportamentos de risco e na edificação de estratégias para reduzir este último. Esta tarefa foi reforçada a partir da realização de uma auditoria interna que realizámos em conjunto com a enfermeira orientadora. Existia uma grelha de auditoria já estabelecida, contudo, após o nosso trabalho de pesquisa foi possível acrescentar novos critérios de avaliação. Em apêndice surgem apenas os itens acrescentados por nós (Apêndice VI), uma vez que a grelha oficial da auditoria foi construída pela empresa que credita a instituição em questão, sendo que estes itens foram adicionados à grelha provisoriamente e irão ser analisados à posteriori, de modo a que a sua integração possa ser definitiva. Os aspetos referentes às observações não se encontram preenchidos, ao abrigo do respeito pela confidencialidade, cumprindo assim com os

pressupostos indicados no documento de autorização sobre o tratamento de dados de um modo geral e não individual, evitando-se deste modo a identificação concreta das fragilidades do serviço.

Na realização da auditoria, para além dos critérios emanados pela entidade reguladora da creditação do contexto, foram aplicados os seguintes (Direção Geral da Saúde, 2014; Direção Geral da Saúde, 2015a; Direção Geral da Saúde, 2015b; Direção Geral da Saúde, 2016):

1. O serviço dispõe de documentos referentes ao método de preparação de terapêutica (diluições; estabilidade; período de administração; incompatibilidades; etc);
2. O serviço dispõe dos meios necessários para confirmar a prescrição de terapêutica mais atualizada;
3. O serviço disponibiliza o contacto dos Serviços Farmacêuticos, para que possa ser esclarecida qualquer dúvida referente à preparação de terapêutica;
4. Não existem produtos farmacêuticos abertos sem data, hora de abertura e validade identificados;
5. A preparação da medicação é realizada no momento que antecede a administração;
6. O ambiente de preparação de terapêutica cumpre os requisitos em termos de luminosidade e ruído;
7. O carro de unidose é validado por mais do que um enfermeiro, sempre que rececionado dos serviços farmacêuticos;
8. A preparação e administração de terapêutica é realizada segundo o método individual de trabalho;
9. O momento de preparação de terapêutica é devidamente identificado;
10. Antes de administrar a terapêutica, são aplicados os momentos de segurança (5 certos);
11. É utilizada a dupla verificação na preparação e administração de fármacos considerados como de alto risco.

Da auditoria realizada, identificaram-se alguns critérios que não cumpriam os requisitos e oportunidades de melhoria, no sentido de colmatar as não conformidades identificadas. Dos critérios identificados como não conformes, 6 reportam-se a itens por nós adicionados. Posto isto, as fragilidades encontradas correspondem aos seguintes critérios (Direção Geral da Saúde,

2014; Direção Geral da Saúde, 2015a; Direção Geral da Saúde, 2015b; Direção Geral da Saúde, 2016):

1. Não existem produtos farmacêuticos abertos sem data, hora de abertura e validade identificados;
2. A preparação da medicação é realizada no momento que antecede a administração;
3. O ambiente de preparação de terapêutica cumpre os requisitos em termos de luminosidade e ruído;
4. O carro de unidose é validado por mais do que um enfermeiro, sempre que rececionado dos serviços farmacêuticos;
5. A preparação e administração de terapêutica é realizada segundo o método individual de trabalho;
6. O momento de preparação de terapêutica é devidamente identificado.

Tendo em conta as notificações realizadas e uma vez que surgiram não conformidades relacionadas com os critérios supracitados, optámos por implementar algumas estratégias promotoras da segurança terapêutica, em concordância com a chefia de enfermagem e com a enfermeira orientadora, das quais se destacam (Direção Geral da Saúde, 2014; Direção Geral da Saúde, 2015a; Direção Geral da Saúde, 2015b; Direção Geral da Saúde, 2016; Lacey, Smith & Cox, 2008; Cross et al., 2017; Khan et al., 2016; Edwards & Axe, 2015; Flynn et al., 2016; Koumpagioti et al., 2014; Toruner & Uysal, 2012; Maaskant et al., 2015; Gómez, Cruz & Mejía, 2016):

1. Reforço da importância de ler as normas da Direção Geral da Saúde e normas internas da instituição;
2. Dispensar terapêutica que esteja aberta e não tenha identificadas data e hora de abertura;
3. Contactar serviços farmacêuticos se a terapêutica que vai ser utilizada tiver descrita data e hora de abertura, mas não tiver expressa a validade pós-abertura, podendo evitar assim o desperdício;
4. Validação do carro de unidose quando este é rececionado no serviço, preferencialmente por mais que uma pessoa, possibilitando assim a reposição atempada de terapêutica em falta no carro de unidose e podendo evitar erros terapêuticos;

5. Sinalizar o momento de preparação de terapêutica, recorrendo a impresso atrativo e de fácil leitura;
6. Pedir o apoio dos assistentes operacionais no sentido do seu auxílio para a minimização das interrupções durante a preparação de terapêutica;
7. Reduzir o ruído no momento de preparação de terapêutica, fechando a porta e podendo obter assim um ambiente menos propício à ocorrência de erros;
8. Preparar e administrar terapêutica segundo o método individual de trabalho, ou seja, não preparar terapêutica que não se vai administrar e não administrar terapêutica que não se preparou;
9. Contactar as entidades responsáveis pelo sistema de registo de terapêutica, com a finalidade de poderem proceder à correção das falhas identificadas;
10. Reforçar a realização da dupla verificação e mais concretamente do seu registo, aquando da administração de fármacos englobados na Norma 014/2015 da Direção Geral da Saúde, referente à administração de fármacos de risco máximo (Direção Geral da Saúde, 2015a);
11. Apresentar os dados em reunião multidisciplinar, para que entre todos possam ser discutidas estratégias que evitem lacunas ao nível da prescrição.

As estratégias referidas anteriormente, surgiram a partir das normas já referenciadas e dos contributos que resultaram da realização de um artigo de revisão integrativa da literatura, sobre as estratégias preventivas do erro terapêutico. O resumo deste artigo encontra-se em apêndice no final deste trabalho (Apêndice VII).

O projeto culminou numa apresentação *Power Point*®, em que foram apresentados os aspetos referentes às particularidades da segurança infantil, ao percurso do medicamento no serviço, às notificações realizadas pelos profissionais e às observações por nós realizadas, tendo sido apresentadas as fragilidades identificadas e as estratégias que permitiam aumentar as condições de segurança e desse modo promover a cultura de segurança neste contexto em particular. Os dados relacionados com a auditoria não vigoraram nesta apresentação, pois o relatório ainda não havia sido aprovado pelas entidades responsáveis do serviço. A apresentação foi realizada em duas sessões. São apresentados em apêndice alguns dos slides apresentados à equipa (Apêndice VIII).

2.3.4.2. Outros contributos

Para dar resposta aos objetivos específicos, observar a prestação de cuidados ao recém-nascido de pré-termo em situação complexa de doença e observar a prestação de cuidados em ambulatório à criança em situação de doença crónica, realizamos dois dias de observação nos serviços de Neonatologia e Centro de Desenvolvimento da Criança. Esta oportunidade configurou-se importante para que pudéssemos perceber outras dimensões do cuidar em Pediatria.

No serviço de Neonatologia pudemos prestar cuidados ao recém-nascido de pré-termo, verificando a importância de estimular estas crianças para a aquisição de competências, nomeadamente ao nível da alimentação, alternando entre a alimentação oral e a alimentação via sonda orogástrica. Algumas destas crianças, as que se encontravam nos berços e não nas incubadoras, poderiam ser alimentadas pelos pais, fomentando assim o contacto com a família e a participação dos pais nos cuidados, respeitando os pressupostos do modelo de Parceria de Cuidados (Casey, 1995).

Tomámos também conhecimento da importância de realizar a alternância de decúbitos a todas as crianças, reduzindo assim a possibilidade de formação de soluções de continuidade e estimulando a componente motora dos mesmos, aproveitando a realização de posicionamentos para essa intervenção.

O controlo do risco de infeção assume-se também como imprescindível para estes recém-nascidos, pois devido à sua imaturidade de desenvolvimento, correm maior risco de ocorrência de complicações neste sentido. Pelo referido, a utilização de equipamentos de proteção individual é crucial, bem como os ensinamentos realizados aos pais (McGuire, Clerihew & Fowlie, 2004).

Neste dia de observação, foi possível verificar que existe uma grande preocupação relativa à preparação de terapêutica, existindo uma série de barreiras que previnem a ocorrência de erros com medicação. A dupla verificação prévia à preparação e no momento da administração, é uma das estratégias utilizadas. O material das unidades encontra-se também organizado de modo a que o erro terapêutico possa ser minimizado, por exemplo, apenas as seringas de 1ml se encontram disponíveis nas bancadas destinadas à preparação de terapêutica.

Em relação ao dia de observação realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança, este contribuiu para percebermos a real importância da realização de ensinamentos e capacitação das famílias para cuidarem de crianças com doença crónica. Neste contexto em particular, é possível perceber as dificuldades que cada criança e família apresentam no seu dia-a-dia, servindo as consultas para avaliar se o desenvolvimento da criança está a decorrer de acordo com o pretendido e para perceber quais as necessidades específicas de cada uma delas, realizando intervenções no sentido de procurar dar contributos e soluções para otimizar o bem-estar e conforto da criança, bem como potenciar a sua adaptação ao domicílio e inclusão social.

O Centro de Desenvolvimento da Criança intervém junto dos recém-nascidos de pré-termo até completarem os 7 anos de idade e de crianças com patologias como a paralisia cerebral e o mielomeningocele. Nos primeiros dois casos, a intervenção assenta sobretudo na aplicação de escalas de desenvolvimento infantil e na transmissão de ensinamentos aos pais para que possam realizar determinadas atividades promotoras do desenvolvimento no domicílio e assim potenciar as competências de cada criança. Em relação às crianças com mielomeningocele, a sua inserção social, o controlo de sintomatologia e o despiste de sinais de alerta, são o grande foco da intervenção da equipa de enfermagem. Nestas consultas, para além de serem realizados ensinamentos relacionados com os sinais e sintomas de alarme, é também treinada a técnica de esvaziamento vesical, para que a criança possa tornar-se autónoma nesse sentido.

Ambas as experiências contribuíram para complementar todo o nosso percurso. Tivemos assim a oportunidade de contactar com todos os contextos em que podem ser prestados cuidados à criança/jovem e sua família.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Um dos principais objetivos do nosso percurso ao longo dos diferentes estágios realizados e da elaboração deste relatório, é o desenvolvimento de conhecimentos especializados e a aquisição de competências de enfermeiro mestre, competências comuns do enfermeiro

especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A atribuição do grau de mestre e obtenção do título de enfermeiro especialista, neste caso em concreto, de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, surge a partir da demonstração e aquisição de determinadas competências, que se encontram definidas em Diário da República.

Ser enfermeiro especialista é ser detentor de competências nos domínios científico, técnico e humano, prestando cuidados de enfermagem especializados na área em que os conhecimentos e competências foram desenvolvidos, sendo-lhe assim atribuído o título de enfermeiro especialista na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Estas desenvolvem-se: no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; no domínio da melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão dos cuidados; no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). As competências de mestre integram-se também nestes domínios, pelo que a análise e explanação da sua aquisição, será realizada em conjunto neste relatório.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é aquele que trabalha em constante parceria de cuidados com a criança e a sua família, em qualquer contexto que preste cuidados a esta população em específico, e lhes presta cuidados especializados que visem procurar a melhor resposta para as necessidades da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). A sua intervenção deve desenvolver-se com particular importância em áreas como a avaliação e promoção do desenvolvimento da criança/jovem, bem como a promoção da saúde, procurando maximizar o bem-estar e conforto da criança/jovem e prestar cuidados antecipatórios, evidenciando a sua intervenção no âmbito da prevenção de problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2018b). Pela especificidade das referidas competências, estas serão analisadas individualmente.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências comuns do enfermeiro especialista são (Ordem dos Enfermeiros, 2019b):

- a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- b) Garante práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

Consideramos que estas competências se relacionam com a alínea c), do artigo 15º, referente ao grau de mestre, que nos indica que o detentor deste grau deve ter a “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei nº63/2016, in Diário da República, 1ª série – Nº176 de 13 de setembro de 2016, pág. 3174).

Com a clara noção de que um enfermeiro com o grau de mestre e o título de especialista é um profissional com bastantes conhecimentos e competências, mas também com mais responsabilidades na prestação de cuidados, suportámos sempre as nossas intervenções nos documentos que regem a profissão e nos documentos que se reportam à especificidade da criança, destacando-se desse modo o Código Deontológico do Enfermeiro, a Convenção Mundial sobre os Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada.

Desde logo podemos reportar-nos ao projeto por nós edificado que se relacionou com a segurança infantil e teve como principal intuito tornar os contextos mais seguros para as crianças, criando barreiras para minimizar a ocorrência de incidentes e sensibilizando os profissionais para os riscos relativos à prestação de cuidados a esta população tão especial e única. Nas intervenções por nós realizadas, procurámos respeitar as normas criadas sobre a preparação de terapêutica, sobre o risco de queda, entre outros, fomentando a dupla verificação e otimizando a unidade da criança, procedendo à elevação das grades dos

berços/camas e disponibilizando degraus para que as crianças pudessem descer das camas com maior apoio, por exemplo. Este é um aspeto fundamental nos cuidados à criança/jovem e constitui-se como um direito da mesma, devendo por isso salvaguardar-se a sua segurança independentemente da sua situação ou do contexto em que esta se encontre. Este pressuposto encontra-se enunciado no ponto 3 do artigo 3º da Convenção Sobre os Direitos da Criança, que nos refere que todos os Estados Partes devem assegurar que as instituições que prestam cuidados à população infantil, atuam de acordo com o com as recomendações das autoridades competentes, tanto em relação à saúde como à manutenção da segurança (UNICEF, 1990).

A Carta da Criança Hospitalizada indica-nos também no ponto 6, que a criança tem direito à prestação de cuidados com toda a segurança (*European Association for Children in Hospital*, 1988).

A nossa tomada de decisão teve também por base os pressupostos indicados no Código Deontológico do Enfermeiro, destacando-se neste domínio o artigo 99º dos princípios gerais, o artigo 100º dos deveres deontológicos em geral, o artigo 102º dos valores humanos, o artigo 103º dos direitos à vida e à qualidade de vida, o artigo 105º do dever de informação, o artigo 106º do dever de sigilo, o artigo 107º do respeito pela intimidade, o artigo 109º da excelência do exercício, o artigo 110º da humanização dos cuidados e o artigo 111º dos deveres para com a profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No decorrer dos estágios intervimos quando oportuno e de acordo com a evidência científica e as normas e protocolos instituídos nos contextos, garantindo assim que estava a ser dada a melhor resposta possível às necessidades emergentes de cada criança e família.

Os cuidados prestados foram personalizados, respeitando sempre os aspetos inerentes à individualidade de cada um, bem como os aspetos culturais e sociais, proporcionando assim o respeito pela individualidade da criança e sua família, potenciando a confiança nos cuidados e garantindo a humanização e a promoção do conforto nos mesmos. Aqui podemos destacar a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor como os meios audiovisuais e a personalização das dietas, garantindo que a criança poderia alimentar-se dos seus alimentos preferidos durante o internamento.

A integração da família nos cuidados à criança, através da realização de ensinamentos e da capacitação para a prestação de cuidados, foram outros aspetos alvo de destaque nas nossas intervenções, considerando desse modo que para além de cumprirmos com os pressupostos integrantes do Código Deontológico, cumprimos também com os pressupostos do modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, destacando a importância dos familiares como principais cuidadores da criança e permitindo que estes pudessem considerar-se mais capazes para dar uma melhor resposta às necessidades desta (Casey, 1995). Desse modo promovemos o bem-estar de ambas as partes e garantimos assim a preservação do binómio criança-família, pois em Saúde Infantil e Pediatria, os cuidados devem ser prestados zelando sempre esta união (Casey, 1995; Casey & Mobbs, 1988).

Assegurámos a privacidade de todas as crianças durante a prestação de cuidados, puxando as cortinas nas unidades de internamento e fechando as portas nos momentos de consulta e nas salas de tratamentos. A este nível, fizemos respeitar também a vontade dos adolescentes que, nos cuidados de saúde primários, preferiram ser atendidos individualmente, sem o acompanhamento familiar. Nesses casos em particular, após a conversa com o adolescente, procedeu-se então à conversa com a família, possibilitando assim uma maior perceção da dimensão do problema e garantindo uma melhor continuidade de cuidados. Ainda neste âmbito, destacamos que de modo a preservar o anonimato das crianças nos trabalhos por nós realizados, de como é exemplo o Estudo de Caso, recorremos a nomes fictícios e não revelámos qualquer informação pessoal relacionada com a criança e sua família.

No âmbito da realização de procedimentos, importa realçar que antes destes serem realizados recorremos a diferentes métodos para explicar qual iria ser a nossa intervenção, adequando a comunicação à faixa etária da criança. Após as explicações, procedeu-se ao pedido de consentimento, ressaltando aqui que eram dadas opções de escolha à criança quando possível, para que o procedimento pudesse ser realizado de acordo com as suas expectativas e assim garantir uma maior colaboração por parte da mesma. A título de exemplo, na administração de terapêutica, houve uma criança que referiu preferir a toma do medicamento em suspensão oral em vez na composição de comprimido, tendo sido acedido o seu pedido e otimizada a sua colaboração. Esta personalização das intervenções vai ao encontro do artigo 12 da Convenção sobre os Direitos da Criança, que nos indica que as crianças que possuam capacidade para decidir, podem fazê-lo livremente, devendo as suas questões e preferências ser

tidas sempre em consideração, desde que daí não resulte qualquer prejuízo para a obtenção da melhor resposta possível para as suas necessidades (UNICEF, 1990).

O envolvimento das crianças nos cuidados obedece contudo a algumas regras, sendo que a sua capacidade de decisão varia consoante o seu estadio de desenvolvimento e ainda que devam ser respeitadas as suas preferências e escolhas, o foco principal deve ser sempre o seu superior interesse. Por este motivo, se uma intervenção demonstrar ser benéfica para o seu estado de saúde e a criança ainda assim recusar a sua realização, o poder de decisão passa então para o seu tutor legal, excetuando-se alguns aspetos previstos em lei (Vale & Oliveira, s. d.).

A separação entre a criança e a família foi sempre minimizada ao máximo, não sendo apenas possível quando a família se encontrava ausente dos serviços de internamento e existiam intervenções com necessidade de serem realizadas de forma urgente/emergente.

Face ao exposto nos parágrafos anteriores, consideramos ter respeitado todos os artigos do Código Deontológico do Enfermeiro que havíamos mencionado.

É importante ainda exaltarmos a missão e valores presentes no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, que nos indica que o enfermeiro especialista nesta área, deve ter uma visão holística no que se refere à criança, exaltando aspetos como a parceria de cuidados, o desenvolvimento infantil, a capacitação da criança e família e a prestação de cuidados em qualquer que seja o contexto, garantindo assim que a criança tem acesso aos recursos de que necessita (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O principal objetivo é que esta alcance o maior estado de saúde possível, sendo que para tal, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é realizada com base no superior interesse da criança já anteriormente referido, respeitando desse modo o artigo 3 da Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, as competências comuns do enfermeiro especialista são (Ordem dos Enfermeiros, 2019b):

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);

- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

Consideramos que as competências B1 e B2, se relacionam com a alínea d), do artigo 115º, referente ao grau de mestre, que nos diz que os detentores de grau de mestre devem “ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Decreto-Lei nº63/2016, in Diário da República, 1ª série – Nº176 de 13 de setembro de 2016, pág. 3174).

Tendo em consideração que o nosso projeto assentava no domínio da qualidade e segurança dos cuidados, procurámos desde o primeiro estágio constituir-nos como membros dinamizadores da promoção da qualidade nos contextos, com a clara compreensão de que a segurança nos sistemas de saúde influencia a qualidade da prestação de cuidados. Como tal identificámos quais as fragilidades presentes em cada local de estágio e agimos de modo a poder minimizar o risco, influenciado positivamente a perceção das equipas sobre estas questões e os níveis de segurança essencialmente ao nível do processo de gestão de medicamentos (acondicionamento, prescrição, preparação e administração). Esta intervenção revelou ser extremamente importante, na medida em que os incidentes com terapêutica são os mais comuns nos contextos de Saúde Infantil e Pediatria, podendo assim inferir que tornámos cada contexto um pouco mais seguro para as crianças/jovens (Institute of Medicine, 2000).

A implementação de uma atividade de notificação e a realização de uma auditoria sobre o processo de gestão terapêutica num dos serviços, foram duas das atividades que permitiram perceber qual a real dimensão do problema e assim instituir estratégias de melhoria ao nível da prestação de cuidados, dando ferramentas a este contexto em particular, para potenciar a criação de métodos mais eficazes de prevenção de incidentes. A elaboração de uma revisão integrativa da literatura revelou ser bastante importante, pois permitiu-nos desenvolver conhecimentos concretos sobre o tema e perceber de que forma poderíamos intervir junto dos profissionais, aumentando assim a eficácia, pertinência e eficiência do nosso projeto e da nossa intervenção.

A abordagem transversal do projeto e as atividades realizadas, inserem-se no cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, na medida em que pudemos promover a reflexão das equipas sobre esta problemática e realizar atividades às quais pode ser dada continuidade, garantindo assim uma melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Pudemos ainda intervir noutra área ao nível dos cuidados de saúde primários, nomeadamente no âmbito da promoção da saúde. A realização destas atividades foi ao encontro de uma das áreas prioritárias de intervenção do contexto, desenvolvendo assim contactos com entidades parceiras na comunidade e possibilitando a criação de um projeto de parceria de cuidados, entre o contexto de saúde, as escolas e a junta de freguesia. Este projeto em particular, permitiu a aproximação deste contexto de saúde à população que serve, otimizando-se a confiança nos cuidados e potenciando-se a qualidade de cuidados ao nível da saúde escolar e da identificação de situações problema para as crianças/jovens.

Os diversos ensinamentos realizados ao longo dos estágios, reportam-se à competência de mestre referida, na medida em que foi necessário adequar a nossa comunicação às individualidades de cada criança/jovem e família, garantindo assim que os ensinamentos eram realizados de forma eficaz. Para garantir que estes eram percebidos da forma pretendida, recorremos a estratégias como a repetição e a supervisão, tendo sido realizados os ajustes necessários para uma maior capacitação das partes e assim otimizados os cuidados para dar resposta às necessidades evidenciadas. Estes aspetos relacionam-se também com as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente a competência B3, pois garantem que é desenvolvido um plano de cuidados com o principal intuito de garantir a melhor resposta à criança, plano esse que deve contar com a participação da família e que deve ter subjacente a partilha de conhecimentos e a capacitação da família. A realização de intervenções a este nível pretendem a promoção da autonomia e a tomada de decisão a favor do superior interesse da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Procurámos também prestar cuidados de acordo com as normas e protocolos das organizações, cumprindo as indicações resultantes da evidência científica que as sustenta. A transmissão de informação nas passagens de turno e a reflexão sobre as práticas com colegas, com os diferentes enfermeiros orientadores e com os docentes, orientador e coorientadora, proporcionaram a identificação dos aspetos a melhorar ao longo dos estágios e resultaram na

obtenção de experiências mais enriquecedoras. Os nossos cuidados foram sendo ajustados e melhorados no decorrer das semanas, fruto dos contributos da componente teórica do curso de mestrado em questão e do estudo e trabalhos realizados ao longo dos estágios, o que nos permitiu a atualização constante de conhecimentos e desse modo, uma melhoria da qualidade dos nossos cuidados.

As particularidades associadas ao respeito pelas individualidades de cada criança, aos ensinamentos realizados em cada contexto e à implementação de um projeto na área da qualidade e segurança, garantem que cumprimos com as competências indicadas.

No domínio da gestão dos cuidados, as competências comuns do enfermeiro especialista são (Ordem dos Enfermeiros, 2019b):

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

No decorrer deste percurso, tivemos experiências relacionadas com a chefia de equipa, desenvolvendo competências de gestão da equipa e de tomada de decisão, percebendo claramente que esta é uma posição de extrema importância no seio das equipas.

A organização do turno iniciava-se durante as passagens de turno, em que estar atento é imprescindível para poder perceber as necessidades de cada criança e família, facilitando assim a distribuição para que esta pudesse ser realizada de forma justa e equitativa, não sobrecarregando nenhum elemento. A prestação de cuidados era também organizada imediatamente após as passagens de informação, de modo a que toda a equipa pudesse perceber como iria decorrer a prestação de cuidados naquele dia, se existiam crianças com necessidade de realização de exames complementares ou se existiam novos internamentos ou transferências, garantindo assim que a informação chegava a todos os elementos. A integração da equipa nesta organização do turno era particularmente importante, pois nos períodos em que determinado enfermeiro se ausentava, o que ficava a substituí-lo era detentor de toda a informação necessária para dar resposta às necessidades da criança, da família e do serviço.

Ainda no âmbito dos estágios a nível hospitalar, tivemos a oportunidade de realizar a manutenção e verificação da sala de reanimação, o que enfatiza de novo a dimensão da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa, que habitualmente é também especialista em saúde infantil e pediatria, pois são estes que preferencialmente assumem estas posições nas equipas. Relativamente à sala de reanimação, aquilo que importa realçar é que a verificação deve ser realizada de forma responsável e sistemática, pois numa situação de reanimação de uma criança/jovem nada pode falhar, para que a melhor resposta esteja garantida. Posto isto, nestas verificações é revisto todo o material utilizado numa reanimação e são testados o desfibrilhador e o ventilador.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, a organização das agendas de marcação, das visitas domiciliárias e a verificação do cumprimento dos indicadores de saúde, são realizadas também pelo enfermeiro chefe e da nossa experiência, pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que procedia também a alguns ajustes em termos dos horários e à realização das atas decorrentes das reuniões disciplinares e multidisciplinares realizadas semanalmente, de onde resultavam também ideias para projetos futuras para o contexto.

Todos os aspetos referidos para além de se relacionarem com os pressupostos inerentes à gestão do serviço e à liderança das equipas, permitem também garantir que os cuidados prestados são de qualidade, possibilitando assim que o serviço não sofra com algumas das problemáticas que podem surgir, de como são exemplo a falta de recursos materiais, a falta de recursos humanos, a sobrecarga e os conflitos internos. A figura do enfermeiro especialista e chefe de equipa é particularmente importante nestas dimensões, na medida em que uma liderança competente influencia positivamente a prestação de cuidados e possibilita que estes não percam qualidade, mesmo apesar de algumas contingências que possam ocorrer (Fradique & Mendes, 2013).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as competências comuns do enfermeiro especialista são (Ordem dos Enfermeiros, 2019b):

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

Consideramos que as competências em questão se relacionam com as alíneas a), b) e e) do artigo 115º, referente ao grau de mestre, que nos indicam que quem detém este título deve “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão”, “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” e ter “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo”, respetivamente (Decreto-Lei nº63/2016, in Diário da República, 1ª série – Nº176 de 13 de setembro de 2016, pág. 3174). A acrescentar à alínea a) do referido artigo, temos que os conhecimentos e capacidade de compreensão devem estar desenvolvidos a um nível que “Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde” e “Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (Decreto-Lei nº63/2016, in Diário da República, 1ª série – Nº176 de 13 de setembro de 2016, pág. 3174).

Como já referido ao longo do relatório, a nossa prestação de cuidados e o nosso projeto, estiveram sempre assentes na evidência científica mais atualizada acerca das diversas temáticas pesquisadas, procurando desse modo obter a melhor resposta para os problemas identificados e melhorar a nossa prática, indo de encontro às expectativas das crianças e suas famílias e fomentando a qualidade dos cuidados. As nossas intervenções junto das equipas, nomeadamente ao nível da segurança infantil, tiveram por base também a evidência científica mais recente, sendo que a este nível, foi inclusive realizada pesquisa nas bases de dados com uma *timeline* compreendida entre 2010 e 2019, garantindo assim a adequação da informação à realidade vivenciada nos diferentes contextos. Estas pesquisas permitiram-nos desenvolver o nosso autoconhecimento e capacidade de intervenção em diferentes áreas relacionadas com a Saúde Infantil e Pediátrica.

A realização destas pesquisas, do projeto e mais concretamente da revisão integrativa da literatura (artigo científico), contribuíram para o desenvolvimento de competências relativas à área da investigação, proporcionando assim a obtenção de ferramentas que irão ser úteis para toda a vida, pois poderão contribuir de forma ativa para a realização de novos projetos de melhoria dos cuidados.

Esta constante procura pela atualização de conhecimentos e pela melhoria em termos profissionais, vai ao encontro do artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro da excelência do serviço. Este indica-nos o dever do enfermeiro em analisar a sua prática e atualizar o seu conhecimento, visando a procura pelas melhores respostas possíveis para as necessidades emergentes de cada pessoa e neste caso em particular, das crianças/jovens e suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A práxis deve ser alvo de reflexão para que possam ser identificadas lacunas e assim serem estabelecidas melhorias em conformidade, de modo a assegurar que as intervenções são desempenhadas com uma maior qualidade e responsabilidade, exercendo a profissão com a dignidade que lhe deve ser atribuída (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A formação aos pares é também extremamente importante para que a continuidade de cuidados de qualidade seja assegurada, assumindo-se o enfermeiro especialista como líder e como elemento portador de um conhecimento diferenciado, que se reflete numa prática mais especializada na sua área de principal foco e na certeza de que este é um profissional admirado pelos colegas e a quem é atribuída especial importância (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Por fim, referir que a construção de um projeto transversal e que pudesse ser trabalhado em qualquer contexto, valida as competências de mestre ao nível da aplicação dos nossos conhecimentos nos contextos em que estivemos inseridos, motivando as equipas e sensibilizando-as para abordarem as problemáticas trabalhadas, no sentido de melhorarem a sua prestação de cuidados.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Passamos à análise da aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018b).

Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde (E1)

O desenvolvimento desta competência específica assentou na inclusão da família em todas as fases dos cuidados à criança/jovem, cumprindo com os pressupostos do modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, que nos indicam que considera que os pais são os principais peritos nos cuidados às crianças (Casey, 1995). Posto isto, trabalhar em parceria com estes é fundamental, devendo promover a sua participação ativa nos cuidados com a principal finalidade de contribuir para a promoção do papel parental e capacitação na prestação de cuidados à criança. Os pais são os elementos mais importantes da vida de uma criança, pelo que a maximização da sua saúde apenas é conseguida se os pais forem participantes ativos nos cuidados, pois estes devem estar imbuídos de afeto e proteção, algo que ninguém faz melhor do que a família. Desse modo podemos potenciar o desenvolvimento da criança e satisfazer as suas necessidades mais eficazmente (Casey, 1995; Casey & Mobbs, 1988).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica diferencia-se na medida em que este tem a competência e assume a responsabilidade de elaborar um plano personalizado, de acordo com a individualidade de cada criança, que vise a obtenção de melhores resultados em saúde (Hockenberry & Wilson, 2011). Foi por isso importante elaborar processo de enfermagem que respeitassem as características de desenvolvimento e o contexto social e cultural da criança, procurando respostas realistas para os problemas identificados e auxiliando a família na procura das melhores abordagens para satisfazer as necessidades da criança, mobilizando os recursos disponíveis e necessários.

A sua intervenção assume ainda especial importância na promoção da saúde, do conforto e do bem-estar da criança/jovem e família, evidenciando-se aqui a sua intervenção ao nível dos cuidados antecipatórios. A realização de observações e avaliações da criança de acordo com as suas competências, percecionando se existem alterações não desejáveis do seu desenvolvimento, permitiu o ajuste necessário às nossas intervenções e assim a maximização da saúde da criança, o mais precocemente possível (Hockenberry & Wilson, 2011; Direção Geral da Saúde, 2013). As intervenções ao nível dos cuidados antecipatórios, através da realização de ensinamentos referentes ao desenvolvimento infantil, à nutrição, à higiene oral, à segurança infantil e aos aspetos psicossociais, são de extrema relevância para que os pais possam tornar-se mais capazes de cuidar da criança (Direção Geral da Saúde, 2013). É também importante realçar a aplicação de instrumentos de avaliação de desenvolvimento e a vacinação, dois pontos fortes na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e que

tanta importância têm para todas as crianças (Hockenberry & Wilson, 2011; Direção Geral da Saúde, 2013). Podemos referir que a nossa intervenção é importante do ponto de vista do tratamento, mas ainda mais importante do ponto de vista da prevenção, pois existem determinados problemas que podem ser evitados a partir de uma intervenção ativa ao nível da promoção da saúde (Hockenberry & Wilson, 2011).

A clara perceção das necessidades específicas de cada criança é fundamental para que os cuidados possam ser ajustados e assim garantida a melhor resposta possível. A eficácia dos ensinamentos deve também ser avaliada, de modo a que possam ser corrigidas lacunas e otimizadas as competências da família.

Ao longo deste percurso lidámos com problemáticas desconhecidas, contudo procurámos reforçar o nosso conhecimento e adequar a nossa prática a partir da pesquisa em bases de dados científicas, visando melhorar os nossos cuidados e otimizar as nossas intervenções.

A maximização da saúde das crianças foi também trabalhada no sentido de perceber quais as necessidades específicas de cada contexto, procurando realizar atividades que produzissem respostas efetivas de melhoria e assim promover a qualidade dos cuidados prestados. Ao nível dos cuidados de saúde primários promovemos a interação entre o contexto de saúde e a comunidade, trabalhando num projeto em parceria com escolas e a Junta de Freguesia, aproximando os profissionais de saúde das crianças e promovendo a segurança infantil ao nível da segurança rodoviária e dos cuidados a ter com o sol. A nossa intervenção teve também influência nos familiares, uma vez que estes puderam assistir à sessão realizada no auditório da Junta de Freguesia. Nos estágios realizados em contexto hospitalar, a nossa intervenção revelou ser importante ao nível da prevenção do erro terapêutico, alertando as equipas para algumas fragilidades detetadas em cada local. Estas intervenções permitem a prevenção de incidentes e a promoção da saúde, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

Consideramos pertinente realçar aqui que foram utilizadas várias estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante os procedimentos, tendo-se recorrido de forma constante ao brincar como elemento terapêutico e como redutor da ansiedade da criança na realização de procedimentos, evitando assim que estes tivessem de ser repetidos. O brincar foi respeitado em todos os contextos, existindo uma clara preocupação da nossa parte na recreação da criança, evitando que esta se isolasse e promovendo o seu bem-estar.

Cuida da criança/jovem nas situações de especial complexidade (E2)

No decorrer deste percurso tivemos a possibilidade de prestar cuidados complexos às crianças/jovens, nomeadamente ao nível dos serviços de Urgência Pediátrica e Internamento de Pediatria, podendo identificar situações de instabilidade hemodinâmica, nomeadamente identificando um momento de crise vaso-oclusiva numa criança com drepanocitose. A nossa intervenção foi no sentido de monitorizar a criança, administrar terapêutica analgésica e aplicação de saco de água quente para alívio da dor. Na sequência destas intervenções, foi ainda necessário administrar uma unidade de concentrado eritrocitário pois os níveis de hemoglobina da criança encontravam-se baixos.

Estas intervenções vão ao encontro de alguns dos pressupostos indicados nesta competência, de como são exemplo o reconhecimento de situações de instabilidade da criança e a otimização de respostas no âmbito do alívio da dor da criança.

Contactámos também com crianças com patologia oncológica, tendo vivenciado também alguns momentos em que as crianças viam o seu estado geral ficar degradado. Neste contexto em particular tivemos de realizar intervenções no sentido de realizar a hemóstase de uma ferida na região oral da criança. As crianças com este tipo de patologia têm grandes riscos associados, destacando-se para este exemplo em concreto o risco de trombocitopenia e de anemia. Trombocitopenia é uma condição clínica que se traduz num número de plaquetas inferior a $150 \times 10^9 / L$, problemática que nos casos das crianças com patologia oncológica, advém da redução da produção de plaquetas ou da sua destruição devido aos tratamentos como radioterapia e quimioterapia (Smock & Perkins, 2014; Baggott et al., 2011). Esta situação aumenta o risco de hemorragia destas crianças (Bryant, 2003). Se existir uma hemorragia ativa, pode ocorrer então a anemia, que acontece pela criança não conseguir satisfazer as suas necessidades fisiológicas devido a uma redução no número de glóbulos vermelhos no sangue ou devido a incapacidade destes de transportar o oxigénio, função que lhes é destinada (Organização Mundial da Saúde, 2018). As crianças são particularmente vulneráveis e quando se associa essa vulnerabilidade a tratamentos violentos como a quimioterapia ou a radioterapia, o risco de anemia é maior, uma vez que este tipo de tratamento provoca redução dos glóbulos vermelhos e supressão da medula óssea, condições que causam hipoplasia eritrocitária (Bryant, 2003; Organização Mundial da Saúde, 2018).

A administração de hemoderivados foi também bastante realizada durante o nosso percurso e desta intervenção importa destacar a importância da realização de dupla verificação antes de colocar em perfusão, bem como a avaliação de sinais vitais antes, durante e após a administração.

A administração de terapêutica imunológica foi também uma experiência que pudemos ter durante os estágios realizados, sendo que aqui, para além da dupla verificação e da monitorização constante da criança, é também necessário realizar todos os cálculos referentes às dosagens. O mesmo acontece na administração de citotóxicos (quimioterapia), na qual apenas não é necessária constante monitorização de sinais vitais. Em ambas as administrações, devem ser realizados ensinamentos à criança e à família, no sentido de minimizar os efeitos que delas podem advir. A nossa intervenção integra-se também no âmbito do alívio de sintomas da criança, proporcionando assim um melhor bem-estar e otimizando o seu conforto.

Na realização de procedimentos como punções venosas, foi treinada a utilização de diferentes métodos de alívio da dor. Já referimos as estratégias não farmacológicas, de como são exemplo os meios audiovisuais e a imaginação guiada, contudo tivemos também a oportunidade de utilizar métodos como a aplicação de terapêutica tópica analgésica e terapêutica nebulizadora de sedação (protóxido de azoto), obtendo boas experiências na utilização de ambas e realçando a utilização simultânea das duas técnicas, que se revelou ainda mais eficaz, chegando algumas crianças a referir que não sentiram qualquer dor. Estas intervenções vigoram-se como promotoras do conforto e bem-estar da criança.

A nossa experiência profissional já contou com a realização de diversos turnos em contexto de Urgência Pediátrica, contudo pudemos contactar pela primeira vez com uma criança que apresentou uma convulsão febril, tendo sido realizados os cuidados no sentido de proteger a criança durante a crise e administrar antipiréticos para baixar a temperatura (Direção Geral da Saúde, 2018; Hockenberry & Wilson, 2011). Nestas situações, posteriormente, quando os pais já estiverem disponíveis para ouvir os profissionais de saúde, devem ser realizados ensinamentos no sentido de proteger a criança durante as convulsões (Hockenberry & Wilson, 2011).

Ainda em relação ao serviço de urgência, a nossa experiência profissional e este estágio realizado, permitiram o aprofundamento das competências em relação à identificação de sinais de alarme, nomeadamente ao nível da triagem, sinalizando a criança sempre que necessário e

atribuindo a prioridade de acordo com a queixa e o observado no momento, nunca desvalorizando a informação fornecida pela criança ou pela sua família.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)

A promoção do desenvolvimento da criança foi realizada no sentido de transmitir maior segurança aos pais no desenvolvimento do seu papel parental, promovendo a vinculação através de métodos como o contacto pele com pele, a amamentação, a transmissão de afetos e a minimização da separação entre crianças e respetivas famílias, permitindo que estes participassem nos cuidados de forma ativa, sempre que pretendido e conforme desejado, disponibilizando períodos de observação, de treino e de esclarecimento de dúvidas.

Caso fosse detetado que o papel parental não estava a desenvolver-se de acordo com o expectável ou que este poderia ser otimizado, eram realizadas questões no sentido de desmistificar receios e esclarecer dúvidas, para que não existissem impedimentos dos pais em prestarem cuidados à criança. No nosso percurso, sempre que a criança demonstrou interesse na participação dos pais nos cuidados, estes nunca recusaram. Este é um aspeto fulcral e que deve ser devidamente registado, pois é um ponto determinante para se perceber qual a relação existente entre a criança e a sua família. Se forem detetados problemas a este nível, as situações devem ser devidamente sinalizadas, para que possam ser realizadas intervenções no sentido de maximizar o bem-estar da criança.

Realizámos ensinios relacionados com os cuidados ao recém-nascido, de como são exemplo os ensinios relativos à amamentação, aos cuidados com o coto-umbilical, à realização do teste de diagnóstico precoce e ao desenvolvimento infantil, procurando aqui dar as ferramentas necessárias aos pais para que estes possam detetar precocemente qualquer desvio do preconizado e assim permitir uma intervenção precoce no sentido de prevenir problemas futuras para a criança. Estes ensinios apenas são possíveis se as fases do desenvolvimento forem bem conhecidas, devendo associar-se um instrumento de avaliação do desenvolvimento para complementar a nossa observação e avaliação do recém-nascido, obtendo assim informações fiáveis e seguras que permitam a realização de um processo de enfermagem de acordo com as necessidades reais de cada criança e família.

A promoção de comportamentos saudáveis foi também um aspeto fundamental no nosso percurso, sendo que procurámos realizar promoção da saúde em todos os contextos, atuando ao nível dos cuidados antecipatórios e tentando prevenir a doença ou efeitos secundários de tratamentos que a criança se encontrava a realizar. Esta intervenção possibilita a responsabilização da criança e da família relativamente à sua saúde, na medida em que passam a ser detentores de informação importante sobre a adoção de comportamentos saudáveis. Se por um lado temos a responsabilidade de transmitir estas informações, por outro a decisão é tomada pelos próprios, pelo que podemos apenas garantir que demos toda a informação pertinente e disponível à criança, para que esta pudesse decidir em conformidade com aquilo que é o mais indicado.

Relativamente à negociação de cuidados, demos sempre opção de escolha à criança/jovem, no sentido de preservar a sua vontade e privacidade. A preservação da sua rotina foi também uma preocupação evidenciada por nós, contudo nem sempre foi possível respeitar este princípio, pois os serviços contam com algumas contingências e os cuidados necessitam de alguns ajustes.

Finalmente, consideramos importante referir que antes da realização de qualquer procedimento, explicámos em que é que este consistia e demos opções de escolha, dentro daquilo que era possível a criança controlar. A expressão de medos e o esclarecimento de dúvidas relacionadas com os procedimentos, foi também tida em consideração, e os procedimentos apenas foram realizados após a obtenção do consentimento por parte da criança. Primámos pela utilização de diversas estratégias de alívio da dor e ansiedade, respeitando as faixas etárias e agindo em conformidade com o pretendido pela criança. Se os adolescentes privilegiaram a auscultação de música, os toddler preferiram a visualização de vídeos. Em todos os casos existiram pontos comuns como a utilização de estratégias farmacológicas de alívio da dor e a presença dos pais, que apesar de todas as estratégias implementadas, se vigora como o aspeto mais importante nos cuidados realizados às nossas crianças.

Face ao exposto, consideramos que desenvolvemos e consolidámos as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, condição que era exigida para a conclusão deste curso de mestrado com área de especialidade em Saúde Infantil e Pediatria. Contamos continuar a aprofundar e a desenvolver os nossos conhecimentos

e competências, com o principal intuito de nos tornarmos cada vez melhores na prestação de cuidados às crianças/jovens e famílias, podendo ser reconhecidos como uma importante referência a esse nível.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório possibilitou-nos a reflexão sobre todo o percurso realizado ao longo do curso de mestrado e mais concretamente ao longo dos estágios, servindo assim como uma ferramenta importante para a consolidação de todos os conhecimentos e competências desenvolvidos nos quatros locais de estágios.

O nosso empenho em todos os momentos e a vontade em aprender sempre mais sobre os diferentes contextos, foi um aspeto extremamente relevante para que o enriquecimento das nossas experiências e o desenvolvimento das nossas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, obtendo uma série de contributos decorrentes das intervenções realizadas e da partilha de experiências entre os enfermeiros orientadores, os elementos dinamizadores da qualidade dos serviços, as chefias e os professores orientadores.

A implementação de um projeto transversal sobre a segurança dos cuidados, mais concretamente ao nível da identificação de riscos nos contextos, da realização de notificações e estabelecimento de estratégias preventivas do erro terapêutico, revelou-se igualmente imprescindível para todo este percurso, permitindo-nos desenvolver inúmeras competências relacionadas com a investigação em enfermagem, baseando a nossa intervenção na evidência científica mais atual e garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A adequação do projeto às necessidades concretas de cada serviço, ajustando as estratégias de acordo com a expectativa e singularidades de cada equipa, demonstra o cariz dinâmico na nossa intervenção. Estes aspetos em conjunto possibilitaram a edificação de um projeto realista, que permitiu a resolução de alguns dos problemas dos contextos. Desse modo pudemos desenvolver competências de mestre e comuns do enfermeiro especialista, capacitando-nos para assumir maiores responsabilidades futuramente.

Para além de intervirmos em situações de doença e de especial complexidade, realizando intervenções assentes no respeito pela singularidade de cada criança e família, bem como nos pressupostos referentes ao conforto e bem-estar da criança, intervimos também na prevenção de complicações, realizando diversos ensinamentos e promovendo a cultura de segurança dos contextos. A utilização constante de estratégias não farmacológicas de alívio da dor e de redução

de ansiedade da criança, adequadas à faixa etária e estadio de desenvolvimento de cada uma, constitui-se como garantia do referido. A implementação de diferentes estratégias, como a realização de notificações e a realização de auditorias, com a participação ativa das equipas, permite-nos também inferir que influenciámos positivamente a segurança infantil de cada contexto, promovendo estratégias de prevenção de incidentes e a qualidade na prestação de cuidados.

Devido ao limite temporal imposto pelo calendário do curso, não foi possível intervir tão aprofundadamente em determinados contextos, contudo consideramos que os contributos dados permitiram que cada contexto fizesse o seu próprio caminho no âmbito das temáticas trabalhadas. Individualmente, consideramos que as atividades desenvolvidas permitiram perceber claramente como deve ser construído um projeto de intervenção num serviço, quais os critérios para a sua implementação e quais os aspetos a ter em conta quando este é trabalhado, pelo que futuramente, consideramo-nos capazes de implementar projetos nos serviços em que prestamos cuidados e quem sabe, projetos maiores que possam ter influencia institucional, regional ou nacional.

Relativamente ao objetivo geral do relatório, consideramos que o trabalho realizado permitiu contextualizar devidamente o projeto, definindo corretamente os termos e desenvolvendo os seus aspetos inerentes, podendo destacar a sua pertinência e aplicabilidade aos contextos de saúde, recorrendo sempre a fontes credíveis e rigorosas do ponto de vista científico. Procedemos também à apresentação de todos os locais de estágio, para que fosse possível enquadrar as nossas aprendizagens e os moldes em que se desenvolveu o projeto, refletindo sobre as atividades desenvolvidas e o seu impacto. Em relação à reflexão sobre os conhecimentos adquiridos e as competências de mestre, comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pudemos abordar todas e esclarecer de que modo estas foram alcançadas, destacando o seu desenvolvimento com contributos da prática clínica.

Já em relação aos objetivos específicos, estabelecemos a ligação entre o projeto e os diferentes contextos de estágio, evidenciado claramente a dimensão da nossa intervenção e as estratégias utilizadas de acordo com as necessidades de cada local de estágio em particular. O facto de ter sido desenvolvido um projeto na área da segurança infantil, possibilitou-nos a aquisição de variadas competências neste âmbito, realçando a sua importância nos contextos

de saúde e podendo estabelecer estratégias que visassem colmatar as diferentes fragilidades encontradas, contribuindo assim para a identificação dos riscos particulares de cada contexto e o estabelecimento de estratégias personalizadas de acordo com esses mesmos riscos. Não obstante a importância de todas as competências de mestre e comuns do enfermeiro especialista, demos especial enfoque à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que enquanto profissional especializado nos cuidados à criança/jovem e sua família, presta cuidados de forma especial, maximizando assim a saúde, o conforto e o bem-estar deste binómio, constituindo-se como uma figura de referência na satisfação das necessidades da criança.

Face ao exposto, consideramos ter alcançado todos os objetivos a que nos pretendemos na realização deste relatório.

Por todo o percurso desenvolvido e explanado neste relatório, consideramos ter alcançado todas as competências cujo seu desenvolvimento era parte integrante deste curso de mestrado.

Consideramos que este curso nos permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional, pois encontramos-nos agora mais atentos a alguns pormenores e entendemos com mais clareza que a nossa intervenção vai muito além da realização de técnicas. É certo que estas são extremamente importantes, mas um dos principais contributos deste percurso, foi a perceção da importância de reduzir o impacto da hospitalização da criança/jovem e sua família. Estamos agora mais aptos para reduzir o medo e ansiedade inerente a todo o processo, procurando que a criança possa ter uma experiência mais positiva quando necessita de recorrer aos serviços de saúde, destacando-se claramente o conforto da criança, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

A necessidade de desenvolvermos conhecimentos e competências não é interrompida, mas encontramos-nos mais preparados para os desafios futuros e empenhados em prestar cuidados com a máxima qualidade, procurando ser uma referência na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família. Esperamos também poder participar em projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo assim que as crianças/jovens possam ter acesso a cuidados de excelência e possibilitando a nossa aprendizagem contínua.

REFERÊNCIAS

- Abreu, W. (2007). Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico – Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra, Portugal: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011). Relatório Anual de 2011. Retrieved from: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/Departamento-Gest%C3%A3oePlaneamentoRH/SCDEnfermagem/tabid/650/language/pt-PT/Default.aspx>
- Assembleia da República (2016). Decreto-Lei nº 63/2016, de 13 de setembro. Diário da República, 1ª série, 176, 3159-3191.
- Baggott, C., Fochtman, D., Foley, G. & Kelly, K. (2011). Nursing Care of Children and Adolescents with Cancer and Blood Disorders. APHON, 4ª edição
- Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, A., Lawthers, A., Newhouse, J., Weiler, P. & Hiatt, H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. New England Journal of Medicine, 324, 370-376. doi: 10.1056/NEJM199102073240604
- Bryant, R. (2003). Managing Side Effects of Childhood Cancer-Treatment. Journal of Pediatric Nursing, 18 (2), 113-125. doi: 10.1053/jpdn.2003.11
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. Journal of Advanced Nursing, 22 (6), 1058-1062. doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. Nursing Times, 84 (44).
- Conselho de Enfermagem (2010). Parecer nº 248/2010 – Avaliação da Visão e da Audição. Recuperado a 9 de março de 2019 em

<https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos-oficiais/conteudos/avalia%C3%A7%C3%A3o-da-vis%C3%A3o-e-da-audi%C3%A7%C3%A3o/>

- Direção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) – Norma nº 22/2012. Orientações e Circulares Informativas, 18 de dezembro. Recuperado a 11 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes – Promoção da Alta Segura. Recuperado a 7 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012). Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto – Norma nº 038/2012. Normas e Circulares Normativas, 30 de dezembro. Recuperado a 12 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0382012-de-30122012.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes – Norma nº 020/2014. Recuperado a 12 de março de 2019 em <https://nocs.pt/medicamentos-lasa/>
- Direção Geral da Saúde (2015a). Medicamentos de Alerta Máximo – Norma nº 014/2015. Normas e Circulares Normativas, 06 de agosto, 2015. Recuperado a 15 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015b). Processo de Gestão da Medicação – Norma nº 014/2015. Segurança na Utilização da Medicação, 17 de dezembro, 2015. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicao.aspx>

- Direção Geral da Saúde (2016). Reconciliação da Medicação – Norma nº 08/2016. Normas e Circulares Normativas, 30 de dezembro, 2016. Recuperado a 15 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional de Vacinação – 2017. Recuperado a 13 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/normas-e-orientacoes.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2018). Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores – Norma nº 004/2018. Recuperado a 12 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata – Norma nº 002/2018. Recuperado a 11 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (trad.). Lisboa: Ministério da Saúde, Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade em saúde. (Obra original publicada em 2009 pela Organização Mundial de Saúde)
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil . (M. d. Saúde, Ed.) Circular Normativa n.º010/2013.
- Direcção-Geral da Saúde (2014). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Norma nº015/2014 de 25/09/2014. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Edwards, S. & Axe, S. (2015). The 10 'R's of safe multidisciplinary drug administration. Better Practice, 13 (8), 398-406. doi: 10.12968/npre.2015.13.8.398

- European Association for Children in Hospital [EACH] (1988). Carta da Criança Hospitalizada: Instituto de Apoio à criança.
- European Society for Paediatric Oncology (2009). Padrões Europeus de Cuidados às Crianças com Cancro. Varsóvia, 14 de outubro. Recuperado a 16 de março de 2019 em https://www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf
- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, 10 (Série III), 45-53. doi: 10.12707/RIII12133
- Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática. LIDEL
- Freese, Bárbara (2002). Modelo de Sistemas. In Tomey, A & Alligood, M., Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5ª edição – pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Gómez, G., Cruz, R. & Mejía, B. (2016). Competencias profesionales de enfermería en la ministración de medicamentos de alto riesgo en pediatría. Revista Conamed, 21 (3), 116-121. Recuperado a 10 de março de 2019 em <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons163b.pdf>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Winkelstein, M. L. (2011). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (8ª edição ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Ltda.
- Institute of Medicine (2000). To err is human: Building a Safer Health System. Washington, D.C: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press
- Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde (2018b). Unidade Curricular de Estágio Final. Setúbal

- Instituto Politécnico de Setúbal (2018a) – Escola Superior de Saúde. Unidade Curricular Estágio 1. Setúbal
- Instituto Português de Oncologia (2018). Alguns tipos de cancro. Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa – Francisco Gentil. Recuperado a 15 de março de 2019 em <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/sobre-o-cancro/alguns-tipos-de-cancro/>
- Khan, A., Furtak, S., Melvin, P., Rogers, J., Schuster, M. & Landrigan, C. (2016). Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children. *JAMA Pediatrics*, 170 (4). doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.4608
- Koumpagioti, D., Varounis, C., Kletsiou, E., Nteli, C. & Matziou, V. (2014). Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 90 (4), 344-355. doi: 10.1016/j.jped.2014.01.008
- Lacey, S., Smith, J. & Cox, K. (2008) - Agency for Healthcare Research and Quality: U.S. Department of Health and Human Services—Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. 08 (0043). Recuperado a 12 de março de 2019 em <https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>
- Miller, M., Donald, D. & Hagemann, T. (2012). revention and Treatment of Oral Mucositis in Children with Cancer. *Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 17 (4), 340-350. doi: 10.5863/1551-6776-17.4.340
- Ministério da Saúde (2015c). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio. *Diário da República*, 2ª série, nº 102, 13550-13553.
- Ministério da Saúde. (2015a). Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2ª Série, 28, de 10 de fevereiro. 3882-(2) – 3882-(10)

- Ministério da Saúde. (2015b). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Moawad, E. & Abdallah, E. (2015). Botulinum Toxin in Pediatric Neurology: Switching Lanes From Death to Life. *Global Pediatric Health*, 1-9. doi: 10.1177/2333794X15590149
- Neuhauser, D. & Best, M. (2004). Heroes and Martyrs of Quality and Safety - Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual Saf Health Care*, 13, 472-473. doi: 10.1136/qshc.2004.012591
- Neuhauser, D. (2002). Heroes and Martyrs of Quality and Safety: Ernest Amory Codman MD. *Qual Saf Health Care*, 11, 104-105. doi: 10.1136/qhc.11.1.1
- Oliveira, R., Leitão, I., Silva, L., Figueiredo, S., Sampaio, R. & Gondim, M. (2014). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(1), 126. doi: 10.5935/1414-8145.20140018.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem. Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE, Série 1, Número 6.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018a). Obtenção do Título Profissional de Enfermeiro Especialista – Procedimentos e Orientações. Circular Normativa nº CN-CD/2018/2 de 18 de outubro. Recuperado a 24 de março de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9659/circular-normativa-cd-02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2018b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE / Mestrados. Recuperado a 24 de março de 2019 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/matriz-para-an%C3%A1lise-dos-planos-de-estudo-dos-cplee-mestrados/>
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (2004). World Alliance for Patient Safety. Retrieved from: <https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2018). O Uso Clínico do Sangue na Medicina, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia, Cirurgia e Anestesia, Traumas e Queimaduras. Genebra. Recuperado a 13 de março de 2019 em https://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Module_P.pdf?ua=1
- Pham, J., Girar, T. & Pronovost P. (2013). What to do with healthcare Incident Reporting Systems. Journal of Public Health Research, 2 (27), 154-159. doi: 10.4081/jphr.2013.e27.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. BMJ, 320, 768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- Reason, J. (2004). Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. Qual Saf Health Care, 13 (II), ii28-ii33. doi: 10.1136/qshc.2003.009548
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15, 1-22. Recuperado a 10 de março de 2019 em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

- Smock, K. & Perkins, L. (2014). Thrombocytopenia: an update. *International Journal of Laboratory Hematology*, 36, 269-278. doi: 10.1111/ijlh.12214
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Nunes C. & Leite, E. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*, 14 (311), 1-6. doi: 10.1186/1472-696
- Toruner, E. & Uysal, G. (2012). Causes, reporting, and prevention of medication errors from a pediatric nurse perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 28-35. Retrieved from: http://www.ajan.com.au/Vol29/29-4_Toruner.pdf
- UNICEF (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança
- Vale, M. & Oliveira, G. (s.d.). Consentimento Informado em Menores. In Comissão de Ética para a Investigação Clínica [CEIC]. Recuperado a 13 de março de 2019 em <https://www.ceic.pt/documents/20727/57508/Consentimento%2bInformado%2bem%2bMenores/3e12fb83-7a05-4632-baf3-f1a885fb23a5>

APÊNDICES

Apêndice I – Slides de apresentação e objetivos, do projeto desenvolvido ao nível do estágio realizado em Cuidados de Saúde Primários

SESSÃO

SEGURANÇA RODOVIÁRIA E CUIDADOS COM O SOL



Objetivo Geral

- ▶ Promover o aumento da literacia em saúde e estilos de vida saudável, na população infantil










Objetivos Específicos

- ▶ Promover a segurança infantil junto da população alvo, nomeadamente ao nível da segurança rodoviária e da exposição solar;
- ▶ Informar sobre o pedido de ajuda em situação urgente / emergente;
- ▶ Treinar o pedido de ajuda em situação urgente / emergente;
- ▶ Prevenir eventos adversos na população infantil.



Apêndice II – Folheto sobre Notificação de Eventos Adversos em Saúde Infantil e Pediatria

<p>O acesso a cuidados de saúde seguros e de qualidade é um direito fundamental de qualquer pessoa (Ministério da Saúde, 2015).</p> <p>O número de eventos adversos que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde, está relacionado com o nível da cultura de segurança e organização das instituições de saúde, aumentando em dez vezes o seu risco de ocorrência quando não é dada a devida importância a estas questões (Ministério da Saúde, 2015).</p> <p>A notificação de incidentes é um dos objetivos estratégicos estabelecidos pelo Plano Nacional de Segurança para os Doentes, assumindo-se como importante para a identificação de riscos das instituições, transformando os erros em situações de aprendizagem e evitando uma abordagem punitiva, o que leva à notificação de mais eventos e consequentemente a uma melhoria do nível de segurança (Ministério da Saúde, 2015).</p>	<h3>Referências:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. • INQUÊRITO, J. (2015). Segurança dos Doentes - Uma abordagem futura. UNL. 	<h3>Porque notificar é importante...</h3>  <p>Notificação de incidentes e eventos adversos</p> <p>Ministério da Saúde - Direção Nacional de Segurança dos Doentes</p> <p>Ministério da Saúde - Direção Nacional de Segurança dos Doentes</p> <p>Ministério da Saúde - Direção Nacional de Segurança dos Doentes</p>
--	---	--

<h3>O que notificar?</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Erros: Situação involuntária, que impossibilita a realização de determinado planeamento. • Eventos adversos: Situações evitáveis ou inevitáveis, decorrentes de qualquer intervenção e que causam dano à pessoa. • Near-Miss: Situação que quase produziu dano e que permite identificar facilmente falhas que podem levar a eventos adversos. • Riscos: Ocorrência de falhas de segurança ou complicações evitáveis, podendo resultar em eventos adversos se não forem corrigidos. <p>(Pragata, 2011)</p> <h3>Onde / A quem notificar?</h3>  <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de notificação do hospital; • Comissão de Gestão de Riscos do hospital; • Reuniões de equipa; • Elemento responsável pela gestão de risco do serviço; • Elemento de confiança da equipa. 	 <h3>As crianças/jovens são uma população especial!</h3> <ul style="list-style-type: none"> • A Segurança Infantil é um fenómeno dinâmico e complexo; • Diferentes idades e diferentes estádios de desenvolvimento, levam a diferentes desafios para a segurança; • A segurança deles, por vezes, depende de terceiros. Nem todos são autossuficientes para decidir o que acontece sobre a sua segurança; • Diferentes problemas de saúde, levam a diferentes necessidades de segurança (exemplo: situação crónica vs situação aguda); • A segurança pode ser influenciada pelo estatuto social da criança e sua família; • Readaptação constante do profissional às características da criança e sua família. (Lacey, Smith & Cox, 2008) 	<h3>Que abordagem?</h3> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar a situação e notificar; 2. Caso se trate de um erro, assumir a responsabilidade; 3. Procurar soluções e não culpar;  <h3>Pediatric Nurse</h3> <ol style="list-style-type: none"> 4. Discutir situações em equipa e potenciar a aprendizagem a partir do erro; 5. Procurar feedback junto das entidades responsáveis; 6. Partilhar situações reais/potenciais, que sirvam como exemplos e alertem os restantes membros da equipa para determinados riscos. <p>(GD, 2007; Lacey, Smith & Cox, 2008; Oliveira, 2018a; Silva, Figueiredo, Tomporek-Gondim, 2004; Pires, Gil-Ror & Moniz, 2002; Pragata, 2011)</p>
--	---	--

Apêndice III – Pedido de autorização para a implementação de duas atividades
no âmbito do Projeto de Intervenção e utilização dos dados resultantes



Exma. Enfermeira

Enfermeira Chefe do Serviço

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de uma grelha de observação à preparação e administração de terapêutica e realização de uma atividade de notificação de riscos, para a realização do Projeto no âmbito do relatório final de Mestrado em Enfermagem.

Eu, Gonçalo André Gonçalves Rodrigues, enfermeiro a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, venho solicitar a sua autorização para a colheita de dados relativos ao circuito do medicamento, apoiada na Grelha de Observação e proposta de atividade que envio em anexo, para a realização do Projeto no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final,

Este Projeto insere-se na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e intitula-se “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde Infantil: A promoção da identificação e notificação de riscos, near-misses e eventos adversos em Pediatria”. Com este projeto, pretendo contribuir para que a equipa possa identificar possíveis riscos ou incidentes presentes em todo o circuito do medicamento, com o intuito de minimizá-los, promovendo assim a segurança das crianças a quem são prestados cuidados e dos próprios profissionais.

O presente Estágio decorre entre 12 de novembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019, período durante o qual se pretende desenvolver o seguinte:

- Aplicação de uma grelha de observação sobre a preparação e administração de terapêutica;
- Realização de uma atividade que permita a toda a equipa multidisciplinar identificar possíveis riscos relacionados com todo o circuito do medicamento, possibilitando assim a identificação de possíveis fragilidades, para que posteriormente estas possam ser trabalhadas no sentido de reduzir o seu impacto ao nível da prestação de cuidados e maximizar a segurança infantil do contexto.

A Grelha de Observação (anexo I) foi elaborada de acordo com os critérios a observar durante a preparação e administração de terapêutica, sendo que se destina à equipa de enfermagem, passando pela observação da adoção de medidas preventivas dos incidentes.

A atividade proposta (anexo II), intitula-se “Caixa da Notificação” e pretende a identificação de riscos ou incidentes relacionados com todo o circuito do medicamento, englobando aqui, para além da preparação e administração terapêutica, o transporte, o acondicionamento e a prescrição. Os dados obtidos serão apenas trabalhados internamente no serviço, isto é, as notificações serão apenas trabalhadas no seio da equipa, para que em conjunto possam ser encontradas estratégias que minimizem as problemáticas identificadas. Para a participação na atividade, envio a minuta (anexo III) que cada profissional deve preencher ao identificar qualquer risco ou incidente e desejar partilhá-lo com a equipa, de forma anónima, sem identificar pessoas envolvidas ou o período temporal em que a situação ocorreu.

Assim, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para a aplicação da grelha de observação e a realização da atividade, supracitadas, para que os dados delas resultantes, possam ser apresentados, de forma agrupada e nunca individual, no relatório final de estágio. Comprometo-me a respeitar os princípios éticos inerentes a este tipo de projeto, isto é, o consentimento informado, a confidencialidade dos dados e o anonimato referente aos participantes e ao serviço onde as atividades se desenrolam. A equipa será devidamente informada sobre as atividades, sendo a sua participação facultativa, ressalvando que quaisquer dados colhidos durante as atividades, poderão não ser apresentados de acordo com a vontade expressa por cada participante.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Aguardo a resposta de V. Exa.,

Com os melhores cumprimentos,

Gonçalo André Gonçalves Rodrigues

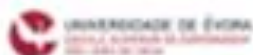
E-mail:

Telemóvel:

Professor Orientador: Professor António Casa Nova

Professora Co-Orientadora: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Apêndice IV – Documento explicativo da atividade “Safebox: Partilhar para Melhorar”

Safebox: Partilhar para Melhorar

A “Safebox: Partilhar para Melhorar”, é uma atividade que pretende a partilha de incidentes, riscos, near-misses e eventos adversos, relacionados com o circuito do medicamento e que sejam identificados por qualquer profissional do serviço. Deste modo, pretende-se que exista uma maior abertura por parte de todos para trabalhar uma problemática que é tão importante para a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às crianças e suas famílias.

Nesta caixa, todos os profissionais poderão colocar, de forma totalmente anónima, situações relacionadas com o circuito do medicamento e que considerem pertinentes serem discutidas. Para que da atividade possam resultar melhorias para os cuidados, o contributo de todos é fundamental, proporcionando momentos de reflexão em equipa que permitam identificar fragilidades e assim procurar estratégias para minimizar o risco e o erro.

Para participar deve preencher a minuta disponibilizada de forma informatizada, indicando qualquer situação de risco para os cuidados que esteja relacionada com o circuito do medicamento, desde a prescrição à administração. Posteriormente, as situações indicadas serão analisadas, para que possam ser dados contributos que visem a melhoria da segurança a este nível, otimizando assim a resposta dos profissionais e minimizando os riscos associados aos cuidados, tornando-os mais seguros para todos.

Apêndice V – Minuta relativa à realização de notificações no âmbito da atividade “Safebox: Partilhar para Melhorar”

SAFEBOX: PARTILHAR PARA MELHORAR

SITUAÇÃO (O QUE IDENTIFICOU?):

Prescrição Terapêutica:

Incidente na prescrição (cliente; fármaco; dosagem; via incorreta) ☐

Incidente no horário da prescrição ☐

Farmácia:

Terapêutica encontra-se fora do prazo ☐

Unidose não se encontra de acordo com a prescrição ☐

Preparação e Administração de Terapêutica:

Interrupções durante a preparação de terapêutica ☐

Incidente na administração de terapêutica (cliente; fármaco; dosagem; via incorreta) ☐

Incidente na preparação de terapêutica ☐

Outros: ☐

Quais: _____

DESCREVA SUMARIAMENTE A SITUAÇÃO, SEM IDENTIFICAR QUALQUER INTERVENIENTE OU O MOMENTO EM QUE OCORREU, PROPONDO SUGESTÕES DE MELHORIA

Apêndice VI – Grelha de observação para realização de auditoria

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde: Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos.

Grelha de Observação					
Preparação e Administração de Terapêutica					
Informação sobre preparação/administração de terapêutica e Condições para a preparação/administração de terapêutica					
Nº	Critério	Sim	Não	NA	Observações
1	O serviço dispõe de documentos referentes ao método de preparação de terapêutica (diluções; estabilidade; período de administração; incompatibilidades; etc)	X			
2	O serviço dispõe dos meios necessários para confirmar a prescrição de terapêutica mais atualizada	X			
3	O serviço disponibiliza o contacto dos Serviços Farmacêuticos, para que possa ser esclarecida qualquer dúvida referente à preparação de terapêutica	X			
Preparação de terapêutica					
Nº	Critério	Sim	Não	NA	Observações
1	Não existem produtos farmacêuticos abertos sem data, hora de abertura e validade identificados		X		
2	A preparação da medicação é realizada no momento que antecede a administração		X		
3	O ambiente de preparação de terapêutica cumpre os requisitos em termos de luminosidade e ruído		X		
4	O carro de unidose é validado por mais do que um enfermeiro, sempre que rececionado dos serviços farmacêuticos		X		
5	A preparação e administração de terapêutica é realizada segundo o método individual de trabalho		X		
6	O momento de preparação de terapêutica é devidamente identificado		X		
7	Antes de administrar a terapêutica, são aplicados os momentos de segurança (10 certos)	X			
8	É utilizada a dupla verificação na preparação e administração de fármacos considerados como de alto risco	X			

Fontes: Direção Geral da Saúde, 2014; Direção Geral da Saúde, 2015a; Direção Geral da Saúde, 2015b; Direção Geral da Saúde, 2016; Lacey, Smith & Cox, 2008; Cross et al., 2017; Khan et al., 2016; Edwards & Axe, 2015; Flynn et al., 2016; Koumpagioti et al., 2014; Toruner & Uysal, 2012; Maaskant et al., 2015; Gomez, Cruz & Mejía, 2016.

Apêndice VII – Resumo do artigo científico realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final sobre o tema referente ao projeto

Os Incidentes Medicamentosos em Pediatria – Uma Análise Integrativa sobre o impacto do erro terapêutico e estratégias para o prevenir

Resumo

Os incidentes relacionados com terapêutica são os eventos adversos mais comuns na prestação de cuidados em Pediatria, pelo que a promoção de estratégias preventivas do erro terapêutico constitui um importante desafio para todos os profissionais.

Objetivo: Identificar quais as estratégias que permitem minimizar o risco de incidentes com medicação em Pediatria.

Metodologia: Seleccionaram-se artigos entre janeiro de 2008 e dezembro de 2018 recorrendo à plataforma de pesquisa EBSCO. Dez artigos cumpriram com os critérios de inclusão, aplicando-se posteriormente as grelhas de inclusão do JBI e FAME.

Resultados: Os riscos estão presentes em todo o processo de gestão medicamentosa, sendo que se identificam lacunas, principalmente, ao nível da identificação da criança, do ambiente organizacional, da prescrição e da preparação e administração de terapêutica.

Discussão: Para reduzir os riscos, de acordo com normas internacionais e nacionais, existem algumas estratégias preventivas que devem ser implementadas. Os estudos centram-se essencialmente na preparação e administração de terapêutica, contudo, existem algumas fragilidades à priori, nomeadamente ao nível da identificação da criança e da prescrição. O feedback entre as equipas multidisciplinar, através de reuniões ou notificações, é uma das soluções encontradas para perceber a dimensão do problema em cada contexto em particular.

Conclusão: Não parecem existir dúvidas em relação ao flagelo que o erro terapêutico representa em Pediatria, contudo resta trabalhar as fragilidades identificadas e procurar implementar os critérios indicados por instâncias superiores. O risco, não podendo ser eliminado, deve ser minimizado.

Palavras-Chave: *Pediatrics, Nursing, Medication Error, Adverse Event*

Apêndice VIII – Diapositivos referentes ao projeto realizado no âmbito do
Módulo C da Unidade Curricular de Estágio Final



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Unidade Curricular: Estágio Final – Módulo III

Cuidar com Segurança

Identificação de riscos relacionados com o circuito do medicamento

Professor Orientador: Professor António Casa Nova
Professora Coorientadora: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Discente: Gonçalo Rodrigues, nº 170531072

SETÚBAL 2019

Objetivo Geral

- Promover a segurança nos contextos de saúde infantil.

Objetivos Específicos

- Relacionar qualidade e segurança em saúde;
- Identificar as especificidades da segurança infantil;
- Identificar riscos relacionados com o circuito do medicamento;
- Identificar práticas relativas à preparação e administração de terapêutica;
- Identificar estratégias promotoras da segurança na preparação e administração de terapêutica;
- Apresentar dados relativos à atividade “Safebox – Partilhar para melhorar”.

Incidentes do uso de medicamentos em Pediatria: Como ocorrem

Incidente na Prescrição

- Dosagem incorreta
- Horário de prescrição desajustado
- Medicamento incorreto
- Identificação incorreta da criança

Incidente na Preparação

- Medicamento (LASA, por exemplo) incorreto
- Diluição desadequada
- Dosagem incorreta
- Via incorreta
- Interrupções durante a preparação
- Ambiente desadequado

Incidente na Administração

- Identificação incorreta da criança
- Medicamento incorreto
- Dosagem incorreta
- Via incorreta

Incidente no Armazenamento

- Não existência de identificação da data de abertura
- Não existência da identificação da validade após abertura
- Acondicionamento incorreto

(DGS, 2015)

Incidentes do uso de medicamentos em Pediatria: Estratégias preventivas

- ➔ Disponibilizar documentos atualizados sobre a preparação de terapêutica (diluções, estabilidade, efeitos secundários, entre outros)
- ➔ Recorrer a colegas mais experientes em situações de dúvida
- ➔ Otimizar o ambiente de preparação de terapêutica (luminosidade, ruído e recursos materiais)
- ➔ Minimizar ao máximo as interrupções durante a preparação de terapêutica
- ➔ Validar a terapêutica (dupla verificação facultativa e validação dos 10 certos)
- ➔ Utilizar a dupla verificação na preparação de terapêutica de alto risco e hemoderivados

(Curry, Smith & Cox, 2008; DOI, 2016; Cross, Bennett, Dickson, Wang & Curry, 2017; Khan et al., 2016; Edwards & Aze, 2016; Ryan, Evans, Fennell, Hutchinson & Lefevre, 2016; Esmerçioğlu, Varsanli, Ertan, Akil & Mutlu, 2016; Tuncer & Dytel, 2012; Massard et al., 2015; Gomes, Cruz & Meijn, 2016)

Incidentes do uso de medicamentos em Pediatria: Estratégias preventivas

- ➔ Preparar a terapêutica no momento da administração
- ➔ Administrar terapêutica segundo o método individual de trabalho
- ➔ Identificar corretamente a terapêutica (quando diluída e após abertura)
- ➔ Integrar a criança/família/pessoa de referência no processo de administração de terapêutica

(Curry, Smith & Cox, 2008; DOI, 2016; Cross, Bennett, Dickson, Wang & Curry, 2017; Khan et al., 2016; Edwards & Aze, 2016; Ryan, Evans, Fennell, Hutchinson & Lefevre, 2016; Esmerçioğlu, Varsanli, Ertan, Akil & Mutlu, 2016; Tuncer & Dytel, 2012; Massard et al., 2015; Gomes, Cruz & Meijn, 2016)

Incidentes do uso de medicamentos em Pediatria: Estratégias preventivas



- Trabalho em Equipa
- Notificação

(Pharm, Clara S. Pimenta et al., 2013; Ministério da Saúde, 2015; Protopolis, 2011; Oliveira et al., 2014)

ANEXOS

Anexo I – Notificação realizada no âmbito do estágio realizado em Cuidados de Saúde Primários: Unidade Curricular Estágio I

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde: Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos.

ANEXO II - Exemplo de Folha Análise de Incidente

<u>Data do Relato:</u> <u>Recebido a:</u> <u>Serviço que Relata:</u> <u>Local da Ocorrência:</u>	<u>Tipo de incidente:</u> (Segundo Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente) Incidente com medicação	<u>Análise concluída a:</u> Acompanhamento ACP n.º
---	---	--

1º Passo – Apresentação do Caso. O que aconteceu?

Identificar o âmbito do incidente e colher informação; Descrição cronológica não interpretativa dos factos.

Detetadas vacinas com folheto informativo numa língua estrangeira não identificável

2º Passo – Verificação e Identificação de problemas nos cuidados. Como aconteceu?

Enumeração dos Problemas encontrados.

Antes da administração de uma determinada vacina, constatou-se que a sua informação (embalagem e folheto) se encontrava escrita numa língua estrangeira não identificável. Observou-se que existiam outras vacinas com as mesmas características.

3º Passo – Causas e Delineação de Medidas Corretivas. Porquê?

Para cada problema deve ser analisada a causa e os seus fatores contribuintes.

Barreiras já existentes que evitem o tipo de incidente e medidas corretivas imediatas implementadas pelos intervenientes.

	Causas	Fatores Contribuintes	Barreiras Existentes
Problema 1	Terapêutica não é confirmada no momento da receção	Terapêutica é confirmada e organizada à posteriori	Timing de receção imprevisível
Problema 2	A terapêutica não pode ser recusada no ato de entrega	São os serviços farmacêuticos que encaminham os lotes de vacinas	Não existem protocolos que permitam a rápida substituição

4º Passo – Resumo e proposta de Plano de Ação. Que alterações devem ser feitas?

Que lições foram retiradas dos passos anteriores?

Que ações devem ser tomadas?

Informação de retorno aos intervenientes

	Plano de Ação	Responsável pela Execução do Plano de Ação	Prazo de Execução
Problema 1	Revisão de todos os lotes de vacinas disponíveis no contexto		
Problema 2	Vacinas cuja informação não possa ser facilmente identificável, devem ser acondicionadas à parte		

(Direção Geral da Saúde, 2014)

**Anexo II – Notificação realizada no âmbito do estágio realizado em Urgência
Pediátrica: Módulo A da Unidade Curricular de Estágio Final**

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde: Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos.

ANEXO II - Exemplo de Folha Análise de Incidente

<u>Data do Relato:</u>	<u>Tipo de incidente:</u> (Segundo Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente)	<u>Análise concluída a:</u>
<u>Recebido a:</u>		<u>Acompanhamento</u>
<u>Serviço que Relata:</u>	Incidente com medicação	<u>ACP n.º</u>
<u>Local da Ocorrência:</u>		

1º Passo – Apresentação do Caso.

O que aconteceu?

Identificar o âmbito do incidente e colher informação; Descrição cronológica não interpretativa dos factos.

Detetados diferentes fármacos na mesma gaveta de acondicionamento.

2º Passo – Verificação e Identificação de problemas nos cuidados.

Como aconteceu?

Enumeração dos Problemas encontrados.

No momento de arrumação de fármacos, foram detetados dois fármacos distintos se encontravam no mesmo compartimento.

3º Passo – Causas e Delineação de Medidas Corretivas. Porquê?

Para cada problema deve ser analisada a causa e os seus fatores contribuintes.

Barreiras já existentes que evitem o tipo de incidente e medidas corretivas imediatas implementadas pelos intervenientes.

	Causas	Fatores Contribuintes	Barreiras Existentes
Problema 1	Fármacos com invólucro semelhante	Os laboratórios são os responsáveis pela apresentação do fármaco	Não há controlo sobre apresentação de fármacos
Problema 2	Qualquer pessoa tem acesso ao armário de terapêutica	O armário de acondicionamento é antigo, sem sistema de segurança	Armário não requer substituição urgente

4º Passo – Resumo e proposta de Plano de Ação. Que alterações devem ser feitas?


Que lições foram retiradas dos passos anteriores?

Que ações devem ser tomadas?

Informação de retorno aos intervenientes

	Plano de Ação	Responsável pela Execução do Plano de Ação	Prazo de Execução
Problema 1	Realização de notificação aos serviços farmacêuticos		
Problema 2	Terapêutica com aspeto semelhante, deve ter identificação distinta no acondicionamento		

(Direção Geral da Saúde, 2014)



A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde: Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos.

Anexo III – Notificação realizada no âmbito do estágio realizado no serviço de Internamento de Pediatria: Módulo B da Unidade Curricular de Estágio Final

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Promoção da Cultura de Segurança dos contextos de Saúde: Identificação de riscos e promoção de estratégias preventivas de eventos adversos.

ANEXO II - Exemplo de Folha Análise de Incidente		
Data do Relato: Recebido a: Serviço que Relata: Local da Ocorrência:	Tipo de incidente: <small>(Segundo Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente)</small>	Análise concluída a: Acompanhamento ACP n.º
1º Passo – Apresentação do Caso. O que aconteceu? Identificar o âmbito do incidente e colher informação; Descrição cronológica não interpretativa dos factos.		
Detetadas falhas no sistema informático de registo de terapêutica		
2º Passo – Verificação e Identificação de problemas nos cuidados. Como aconteceu? Enumeração dos Problemas encontrados.		
Foi detetado que o sistema de registo de terapêutica apresenta lacunas em relação ao modo de preparação de fármacos, nomeadamente no que concerne à diluição e reconstituição de terapêutica.		
3º Passo – Causas e Delineação de Medidas Corretivas. Porquê? Para <u>cada</u> problema deve ser analisada a causa e os seus fatores contribuintes. Barreiras já existentes que evitem o tipo de incidente e medidas corretivas imediatas implementadas pelos intervenientes.		
	Causas	Fatores Contribuintes
Problema 1	O sistema informático é gerido pelo gabinete de informática	Profissionais de Saúde não realizam alterações ao sistema
Problema 2	Não foi realizada qualquer notificação	Existem formas de contornar o problema, recorrendo aos serviços farmacêuticos, por exemplo
4º Passo – Resumo e proposta de Plano de Ação. Que alterações devem ser feitas? Que lições foram retiradas dos passos anteriores? Que ações devem ser tomadas? Informação de retorno aos intervenientes		
	Plano de Ação	Responsável pela Execução do Plano de Ação
Problema 1	Realização de notificação aos elementos da gestão de risco da instituição	
Problema 2	Realização de circular normativa, para que toda a equipa possa tomar conhecimento do risco	

(Direção Geral da Saúde, 2014)